

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE ET DU LARYNX

(OTOSCOPIE, LARYNGOSCOPIE, RHINOSCOPIE)

DU NASILLEMENT,

par le Dr **M. Krishaber.**

Le nasillement, improprement appelé nasonnement (1), consiste en une modification anormale du timbre de la voix causée par certaines conformations congénitales ou acquises des cavités nasale et pharyngo-nasale, par des lésions dans la continuité de leurs parois, et par des tumeurs qui y surviennent. Le mécanisme de production du nasillement comporte deux variétés distinctes, et même opposées. Dans l'une, l'air passe en quantité trop considérable à travers les fosses nasales, dont l'obturation, nécessaire pour la plupart des lettres du langage, ne peut alors s'accomplir : il se produit dans ce cas (qu'on veuille bien nous permettre l'expression) une espèce de cloaque aérien entre les cavités buccale et nasale. Dans la seconde variété au contraire, les narines sont constamment imperméables, et le passage de l'air, pour les lettres dont la prononciation l'exige, ne peut point s'accomplir.

A ces deux variétés que nous désignerons sous le nom de rhinophonie, se rattache une troisième, ayant pour cause l'oblitération plus ou moins complète des fosses nasales, au niveau de la cavité pharyngo-buccale; elle produit la voix

(1) Les expressions de *nasonnement* et de *voix nasonnée*, très-usitées en médecine, ne figurent pas dans le *Dictionnaire de la langue française* de Littré.

gutturale que sa parenté avec la voix nasale nous fera ajouter ici sous le nom de pharyngophonie.

Le nasillement avec l'impossibilité d'occlure les narines, atteint toutes les lettres de l'alphabet, excepté celles dont la prononciation exige le relâchement complet du voile du palais, l'*m* et l'*n*; elle se produit aussi bien pour la voix chantée que pour la voix parlée.

Pendant la production de la voix normale, le voile du palais se trouve intimement appuyé contre la paroi postérieure de la cavité pharyngo-nasale, et obture la communication entre cette cavité et celle des fosses nasales et des narines; en même temps les piliers du voile du palais tendent à s'approcher de la ligne médiane, et la base de la langue vient, à son tour, en s'épaississant et en s'élevant, contribuer au mécanisme de cette obturation. Nous verrons cependant dans un instant que, contrairement à ce qui est admis par les auteurs, le concours des piliers et de la base de la langue, n'est nullement nécessaire pour la production de l'occlusion, qui s'effectue facilement par l'action *seule* du voile du palais.

La cavité pharyngo-nasale une fois séparée de celle de la bouche, les ondes sonores de la glotte trouvent un résonnateur favorable dans la cavité buccale, dont les harmoniques, s'associant aux sons glottiques, contribuent pour la plus large part à la production du timbre normal de la voix.

Or, dans les cas où l'isolement de la bouche ne peut-être effectué, les ondes sonores traversent en quantité considérable les narines et trouvent un résonnateur dans le nez, en y provoquant des harmoniques qui s'associent à leur tour au son glottique, dans des proportions défavorables à la production d'un timbre agréable à l'oreille: la voix devient nasillarde.

Nous avons observé* que l'individu atteint de cette variété de nasillement reprend très-souvent haleine en parlant, l'air passant en trop grande quantité par les narines. Pendant le chant les choses se passent approximativement de même lorsque des paroles accompagnent le motif musical; mais dans la vocalisation pure, la durée des sons est sensiblement plus longue. On conçoit aisément que, pendant la vocalisation, la

colonne d'air expirée, mise en oscillations sonores au niveau de la glotte, ne s'échappe par les voies supérieures que dans des proportions qui sont mesurées par la fente glottique, rétrécie proportionnellement à la hauteur du son. Mais la glotte, tout en restant la génératrice du son, est dans la voix parlée moins tendue et presque toujours plus largement ouverte que dans le chant; la quantité d'air débité pendant les phrases doit donc être surtout mesurée par les lèvres de la bouche; comme celle-ci communique directement avec le nez dont les orifices sont toujours béants, l'air s'échappe en quantités démesurées, et les expirations deviennent très-courtes; il s'ensuit que les inspirations doivent être incessamment renouvelées. La brièveté des phrases et la fréquence obligée des mouvements respiratoires chez les individus atteints de ce genre de rhinophonie, trouve ainsi son explication.

Nous avons eu plusieurs fois occasion (dans l'hystérie et dans la convalescence de la diphtérie) de faire instantanément cesser le nasillement dû à la paralysie du voile du palais, en exerçant au moyen d'une spatule ou du manche d'une cuiller une légère pression sur la base du voile du palais. La paralysie de la sensibilité, qui accompagne le plus souvent la paralysie musculaire du voile du palais, donne à cette organe dans ce cas une tolérance à l'attouchement, qui facilite cette pratique.

Il est aisé pour tout expérimentateur, d'étudier le mécanisme du voile du palais à l'état normal. Voici l'expérience que nous avons faite sur nous-même à cet effet. En nous plaçant devant une glace, nous émettions, à bouche grande ouverte, une note musicale quelconque; nous laissions ensuite, tout en filant cette note, tout d'un coup tomber le voile du palais, et la voix prenait aussitôt le timbre nasillard; si maintenant, sans contracter par la volonté le voile du palais, nous venions à exercer une légère pression au moyen d'une spatule sur la base du voile du palais, la voix, de nasillarde qu'elle était devenue, redevenait buccale, et reprenait son timbre normal.

Pour s'assurer de l'efficacité de l'obturation faite par l'ac-

tion exclusive du voile du palais, il faut tirer fortement hors de la bouche la langue qui, par conséquent, ne peut se grossir à sa base; les piliers à leur tour se trouvent tirés en avant; par conséquent, aucun concours n'est donné au voile du palais qui accomplit cependant très-exactement l'obturation.

L'expérience suivante nous a donné des résultats précis au sujet de la quantité d'air débité pendant la voix normale et pendant la voix nasillarde. En lisant un livre couramment et à voix médiocrement élevée, nous pouvions nous faire entendre, sans reprendre haleine, pendant un laps de temps qui variait suivant la hauteur du ton, de 22 à 27 secondes; si ensuite nous continuions la lecture en nasillant, c'est-à-dire en laissant volontairement tomber le voile du palais, nous étions obligé de faire une nouvelle inspiration après un temps extrêmement court qui variait entre 4 et 7 secondes.

Mais le rythme de la respiration n'est pas seul altéré, la force d'impulsion de la colonne d'air qui traverse les lèvres buccales est singulièrement diminuée dans la chute du voile du palais, d'où cette particularité caractéristique, que les individus chez lesquels il existe une communication constante entre la bouche et le nez, ne peuvent pas siffler.

En nous plaçant en face d'une bougie allumée, nous éteignions d'abord la flamme à environ un mètre de distance et nous pouvions ébranler cette flamme sans l'éteindre à près de trois mètres. Lorsque nous laissions tomber le voile du palais, nous devenions complètement incapable d'éteindre la flamme et ne pouvions l'ébranler qu'à quarante centimètres.

Il serait oiseux d'analyser plus longuement ces différences dont l'explication est toujours la même: pouvoir de mesurer l'air expiré, au moyen des lèvres, en l'état normal, et impossibilité au contraire, d'en retenir la fuite par les narines, lorsqu'il y a communication directe entre la bouche et le nez.

Une particularité très-caractéristique qui se rattache au nasillement de cette variété, consiste dans l'aspect grimaçant du malade pendant qu'il parle. Les contractions involontaires des muscles de la face paraissent avoir pour but l'occlusion des narines, qui ne s'effectue pas, mais le nez s'abaisse cependant dans sa totalité, la lèvre supérieure s'élève,

l'espace nasal s'efface, et les narines se retrécissent réellement dans une certaine mesure.

Cette variété de rhinophonie a pour cause la plus fréquente la division du palais ou du voile du palais, ou la destruction plus ou moins complète de ses organes, telle qu'on l'observe dans les diathèses syphilitique, scrofuleuse ou tuberculeuse.

Lorsque la perforation du palais, est limitée, le malade prend l'habitude d'obturer dans une certaine mesure l'orifice anormal au moyen de la langue ; la parole s'embarrasse il est vrai, mais le nasillement devient moins prononcé.

La paralysie du voile du palais, moins fréquente que les ulcérations de l'organe, produit un nasillement sensiblement moindre aussi. L'individu atteint de cette paralysie peut formuler des phrases dont la durée est à peu près double de la durée des phrases de l'individu chez lequel le voile du palais est détruit ; ce qui prouve que ses organes, même dans l'inaction, opposent encore une certaine résistance toute mécanique au passage de l'air vers les fosses nasales. En examinant un individu atteint de nasillement par paralysie du voile du palais, on constate que cette membrane musculaire est portée en bas et en avant, la luette venant s'effacer contre la langue, et les piliers des deux côtés restant très-manifestement dans un état de relâchement inerte.

A côté des états morbides que nous venons de signaler et qui sont de beaucoup les plus importants, nous rappellerons encore comme cause de rhinophonie à des degrés moins prononcés, la brièveté du voile du palais et la profondeurs excessive de la voûte du pharynx due à la direction quelque peu anormale de l'apophyse basilaire, fuyant trop en arrière. Ces dispositions anatomiques sont très-souvent héréditaires, ce qui explique la fréquence du nasillement chez tous les membres de la même famille.

Nous arrivons maintenant aux vices d'articulation de la voix dus à l'oblitération des narines et des fosses nasales. Ici, c'est le siège de l'oblitération qui constitue des différences fondamentales. Lorsqu'elle s'est produite près des narines, le nez, comme dans la première variété du nasille-

lement, fait l'office de résonnateur, et alors, malgré la différence fondamentale qui existe dans le mécanisme de formation du nasillement, puisque cette fois le passage de l'air est arrêté, la voix prend un timbre nasal, mais le son est maintenant sourd et étouffé comme celui d'un tambour recouvert d'un drap. Ce sont particulièrement les lettres *m* et *n* dont la prononciation devenue impossible, imprime au langage ce caractère de nasillement si particulièrement désagréable à l'oreille que tout le monde connaît. Il s'entend, comme cela a lieu pour la première variété de nasillement, beaucoup moins dans la voix chantée que dans la voix parlée. Cette différence existe non-seulement eu égard à la vocalisation, mais aussi pour le chant accompagné de texte. Il est en effet toujours loisible au chanteur de glisser légèrement et sans les faire entendre distinctement, sur les consonnes, et même de supprimer complètement celles dont la prononciation est particulièrement viciée, et comme dans cette forme de nasillement, la respiration n'est pas atteinte dans son rythme, la durée de l'expiration pouvant être prolongée autant qu'à l'état normal, il s'ensuit que la voix chantée n'est que peu troublée.

Il se rattache par contre à cette variété de rhinophonie, des troubles respiratoires d'une autre nature et bien plus sérieux qu'à la première variété; l'individu atteint d'oblitération complète des narines, étant obligé de respirer constamment par la bouche, subit des inconvénients qui ne sont même pas dépourvus de gravité. Un des plus légers consiste d'abord en un certain bruit de ronflement qui a lieu non-seulement pendant le sommeil, mais parfois même à l'état de veille; la mastication à son tour, voire même la dégustation des aliments ne s'accomplissent pas aisément. Cette forme de respiration a pour conséquence immédiate de dessécher la muqueuse pharyngobuccale, de l'irriter et d'y provoquer à la longue une inflammation chronique caractérisée surtout par de la rougeur généralisée et par l'hypertrophie des glandes de la muqueuse; de là, la fréquence des granulations pharyngées dans les cas d'obstruction du nez, et il n'est pas rare que le larynx ne soit impliqué par propagation dans ce travail morbide.

L'individu est gêné, essoufflé chaque fois qu'à la suite de certains efforts, il a besoin de faire de grands mouvements d'inspiration comme après la marche un peu forcée, la course, la danse, les actions musculaires activées de toute nature. Les émotions à leur tour paraissent produire de l'anhélation.

Nous avons signalé plus haut des contractions grimaçantes de la face; cette fois encore l'affection imprime à la figure un cachet particulier, différent cependant de celui de la première variété de nasillement. La bouche constamment entr'ouverte a pour conséquence d'abaisser les commissures labiales, tandis que le sillon labio-nasal se trouve presque effacé : la physionomie prend une expression à la fois hébétée et anxieuse. Ces particularités s'observent beaucoup moins lorsque l'infirmité a été acquise à l'âge adulte; mais elle est très-caractéristique dans les cas d'obstruction nasale datant de l'enfance.

Les causes les plus fréquentes de l'imperméabilité des narines et du nasillement qui en est la conséquence, sont en premier lieu le coryza aigu ou chronique, et ensuite par ordre de fréquence, les diverses variétés de polypes du nez, les tumeurs osseuses et les tumeurs malignes, le rétrécissement par déformation des os du nez et par des cicatrices.

Nous voyons par l'ensemble de notre exposé que le phénomène du nasillement se rattache constamment à des altérations locales toujours faciles à diagnostiquer. Pour lui opposer un traitement efficace, il faut par conséquent toujours combattre la cause directe dont il est l'expression.

Il est presque inutile de mentionner la nécessité d'enrayer la tendance aux ulcérations diathésiques par la médication générale; les moyens topiques à employer sont surtout mécaniques; ce sont les seuls lorsque le vice phonétique est dû à des pertes de substance que les obturateurs corrigent dans une large mesure, surtout dans les cas où la division est limitée à l'os du palais. Les obturateurs sont d'une application moins efficace et aussi bien plus difficile, dans le cas où la perte de substance atteint le voile du palais, à cause de la nécessité, pour la prononciation de certaines lettres, de laisser persister la communication entre les cavités buccale

et nasale. L'application d'une plaque en caoutchouc ou en métal qui corrige partiellement ce que nous avons appelé, le cloaque aérien est d'une utilité incontestable cependant ; elle ne supprime pas le nasillement, mais elle en atténue l'intensité. Cette plaque n'est pas dépourvue d'utilité même dans les cas de paralysie du voile du palais, par la pression qu'elle exerce à la base de l'organe en suppléant ainsi à la contraction des muscles. A côté de ces moyens mécaniques, on emploie avec utilité contre la paralysie la faradisation locale.

Quant aux obstructions nasales dues aux causes que nous avons énumérées plus haut, le traitement qui leur convient est surtout chirurgical et consiste le plus souvent dans l'ablation et l'arrachement des tumeurs, dans le redressement des perçoirs déviés des narines, ou dans l'application de topiques propres à combattre les affections de toute nature qui se produisent dans les premières voies aériennes.

A l'affection que nous venons de traiter, se rattache comme corollaire une modification morbide du timbre de la voix à laquelle on pourrait donner le nom de pharyngophonie ; c'est la voix gutturale qui apparaît d'une manière modérée dans l'hypertrophie des amygdales et prend son maximum d'intensité dans les affections du pharynx qui obstruent complètement les fosses nasales. Il en est ainsi dans les adhérences au pharynx du voile du palais, dans les vastes tumeurs dites naso-pharyngiennes, etc.

Dans tous ces cas l'air ne passe point par les narines et il ne franchit même pas les fosses nasales ; c'est dans la cavité pharyngo-buccale que viennent s'éteindre les sons dont l'articulation exige le timbre nasal. La voix prend alors un son sec et très-pauvre en vibrations qui la distingue complètement, à la fois, de la voix normale et de la voix nasillée.

Nous nous bornons ici à en faire mention pour mémoire.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES POLYPES DE L'OREILLE,

par le **Dr Ladreit de Lacharrière.**

suivies de deux observations de polypes du conduit auditif, par le
Dr MOTTE.

M. le Dr Motte, de Dinant, a publié sous le titre de *Consi-*

dérations pratiques sur les maladies de l'oreille, polypes du conduit auditif, une brochure intéressante. Sa lecture nous a inspiré l'idée de résumer en quelques pages les résultats de notre pratique sur la nature et le traitement des polypes de l'oreille. Nous ferons suivre ces réflexions des deux observations très-complètes que nous trouvons dans la brochure de notre distingué confrère, et qui offrent pour notre publication un véritable intérêt.

Les polypes de l'oreille sont des productions pathologiques si fréquentes qu'il ne se passe presque pas de semaine que les médecins auristes n'aient l'occasion d'en observer. Si l'on passe en revue ce qui a été écrit sur ce sujet, on doit reconnaître cependant que l'étude de ces végétations n'est pas encore complète.

Toynbee (1) les classe en trois variétés : polypes cellulaires framboisés, polypes fibro-gélatineux, polypes celluloglandulaires. M. Bonnafont (2) rappelle l'analogie qui existe entre les polypes des fosses nasales et ceux de l'oreille, et fait observer avec raison que les différences de structure qu'ils présentent tiennent aux conditions un peu différentes des tissus sur lesquels ils ont pris naissance.

La meilleure classification pour John Roosa (3) serait celle de Stendener, qui les divise en polypes muqueux, fibreux, et en myxomes.

C'est en effet la classification la plus exacte au point de vue anatomique.

Envisagée dans son ensemble, la question des polypes dépasserait l'étendue que nous voulons donner aujourd'hui à ce travail ; nous nous bornerons à étudier ces productions morbides au point de vue de leur siège et de leur traitement. Faisons observer tout d'abord qu'il ne faut pas confondre sous la même dénomination les tumeurs malignes de l'oreille qui sont de véritables cancers, se développent avec une prodigieuse activité, et ont une grande tendance à se reproduire quand on en a fait l'ablation.

(1) *Maladies de l'oreille*, J. TOYNEE, chap. VI.

(2) *Traité des maladies de l'oreille*, p. 212.

(3) *Traité pratique des maladies de l'oreille*, p. 390.

« Le point d'insertion des polypes, écrit M. Bonnafont (1),
« peut se faire sur toutes les parties du conduit et de la mem-
« brane du tympan ; mais, contre l'opinion de la plupart des
« chirurgiens qui prétendent que les polypes prennent rare-
« ment naissance au fond du conduit, je soutiens qu'on les
« rencontre bien plus souvent aux environs de la membrane
« du tympan ou sur cette membrane même qu'à l'orifice du
« conduit. »

Pour M. de Trœltsch (2), les polypes de l'oreille peuvent naître en différents points de l'organe auditif. Le conduit auditif est, d'après lui, le lieu où ils naissent le plus rarement.

Toynbee et Wilde ont vu au contraire le plus souvent les polypes naître dans le conduit auditif, et le dernier principalement à la paroi postérieure.

Nous avons eu l'occasion d'observer des polypes dans les différentes parties de l'oreille externe et moyenne, mais notre expérience nous fait partager l'opinion de M. de Trœltsch et considérer les polypes de l'oreille moyenne comme de beaucoup les plus fréquents. Un examen attentif du siège d'implantation du pédicule nous a démontré que huit fois sur dix c'était la caisse qui était le point de départ. Tantôt la membrane du tympan se trouve détruite dans la plus grande partie de son étendue, tantôt, après l'ablation de la tumeur, on constate que le tympan présente un pertuis à travers lequel on aperçoit un fragment du pédicule. Dans ce cas, la tumeur, après avoir fait saillie à travers l'ouverture tympanique, prend l'expansion fibro-vasculaire qui vient remplir le conduit auditif.

Tous les points de la caisse peuvent être le siège du développement de ces tumeurs. M. De Trœltsch a observé un polype qui était implanté à la partie supérieure de la trompe. Les polypes qui se développent dans la caisse sont généralement de nature fibreuse ou fibro-cellulaire. Ils contiennent rarement des vacuoles dans leur intérieur. Ils ont l'apparence blanchâtre légèrement rosée, et sont d'une densité assez grande. Ces sortes de polypes peuvent prendre naissance

(1) *Loco cit.*, p. 216.

(2) *Loco cit.*, p. 461.

sur les parois des conduits ou sur le tympan, mais cela est rare. Sur le tympan, on observe le plus souvent les polypes muqueux. Ils ont un aspect blanchâtre, des parois presque transparentes; ils contiennent des vacuoles ou un tissu cellulaire à mailles assez larges et remplies d'un liquide muqueux incolore. Ils ont une base d'implantation souvent très-étroite, sont peu adhérents, s'arrachent facilement, et même quelquefois se détachent spontanément et tombent. Ils ont presque toujours pour siège la surface du tympan, mais occupent rarement le centre de cette membrane; c'est le plus souvent sur un point de la circonférence qu'ils sont implantés. M. De Troeltsch a eu l'occasion d'observer un polype qui était dû à la transformation de la membrane du tympan dont tous les éléments y étaient représentés. Mais ces tumeurs sont rares et celles qu'on observe le plus généralement sont développées soit dans la couche externe, soit dans la couche moyenne, et alors ceux-ci renferment des éléments fibreux en plus grande abondance.

Sur les parois du conduit auditif, on peut observer les trois variétés de polypes que les auteurs ont décrites; mais je le répète, ces productions morbides sont beaucoup plus rares que dans la caisse. On peut comprendre leurs diverses structures par les éléments dans lesquels ils prennent naissance. Le polype muqueux aura son point de départ dans les follicules glandulaires. Le fibreux naîtra à la surface du périoste enflammé. Le myxôme ou polype cellulo-framboisé aura pour siège la surface de l'os lui-même dénudée, soit par une ulcération, soit par un abcès circonscrit.

M. le Dr Motte cherche quelles peuvent être les causes qui président au développement de ces productions morbides de nouvelle formation. Les théories généralement admises sur la production des tumeurs ne sauraient le satisfaire. Sans attacher à la théorie qu'il émet une importance exagérée, il croit que le développement ou la reproduction des polypes de l'oreille serait toujours due à une hyperhémie sanguine ou à un exsudat plastique. « Détruisons, écrit-il, par un procédé quelconque, un polype qui a vécu plusieurs années au fond du conduit auditif : s'il est quelque peu

« volumineux et que son pédicule soit étroit, ce pédicule
« donnera passage à un ou plusieurs vaisseaux relativement
« considérables dont l'oblitération ne manquera pas de jeter
« le trouble sur le territoire voisin alimenté par des branches
« collatérales en rapport avec eux. M. de Troeltsch a démontré
« que le conduit auditif externe et la membrane du tympan
« reçoivent leurs vaisseaux d'un même tronc vasculaire, c'est-
« à-dire de l'artère auriculaire profonde. Il s'ensuit donc que
« la membrane du tympan en particulier va devenir instantané-
« ment le siège d'une hyperhémie qui fournira les éléments
« nécessaires à une série d'évolutions organiques remarquables, et cela précisément à cause de la modalité
« fonctionnelle toute spéciale qu'elle affecte. »

Nous ne partageons pas la théorie de notre confrère, et nous croyons que l'inflammation peut justifier toutes les productions morbides du conduit auditif et expliquer leur récurrence et leur multiplication. Mais, nous dira-t-on, l'hyperhémie n'est-elle pas l'élément primordial de l'inflammation ? Oui, mais elle n'en est que l'élément initial. Tantôt, en effet, c'est à la suite d'otorrhées qui ont duré longtemps qu'on voit apparaître la production polypiforme : la cause alors est évidente, et c'est la plus commune. Quand on déterge les surfaces malades, on remarque des ulcérations sur lesquelles naissent des végétations, comme on en observe à la surface de toutes les plaies, et qui deviendront plus tard des polypes. D'autres fois, au contraire, le polype semble être la cause de l'otorrhée, et ce qui le prouve, c'est que son enlèvement est suivi d'une prompte guérison. Si l'on recherche alors quel a été le point d'implantation, on voit qu'il est très-limité, très-circonscrit, et on est porté à croire qu'un follicule glandulaire enflammé, un petit phlegmon, ont été les points de départ de la tumeur. Dans l'une et l'autre espèce, l'inflammation est une cause suffisante pour justifier la maladie.

Ce que nous avons dit de la nature des polypes de l'oreille suffit pour montrer combien il est utile de rechercher les points d'implantation, avant de déterminer quels seront les moyens employés pour les détruire. Suivant que le polype aura pour siège le conduit auditif, la mem-

brane du tympe ou la caisse du tympan, les procédés employés devront être différents. Ils seront choisis également suivant la nature même de la tumeur. Nous ne saurions donc trop recommander d'étudier toutes ces conditions, avant de décider le traitement. L'introduction d'un stylet permettra de reconnaître si le polype a pris naissance sur la paroi du conduit. Sa pénétration à une distance plus profonde apprendra qu'il vient de la caisse. Cependant ce mode d'exploration sera incomplet si le polype développé dans la caisse fait saillie à travers une petite perforation du tympan. On pourra supposer alors qu'il est implanté sur la membrane ; mais on se souviendra que les polypes fibreux ont pour siège le plus commun la caisse du tympan et rarement sa membrane. Si c'est un polype muqueux, au contraire toutes les présomptions seront qu'il est implanté sur la membrane tympanique. Dans le doute une anse de fil conduite par un stylet et embrassant la tumeur pourra quelque fois éclaircir le diagnostic. Il faudra alors toujours, comme le recommande M. Bonnafont, consulter l'état de la fonction. Si la montre ou la diapason sont entendus plus nettement sur l'apophyse mastoïde que partout ailleurs, il y aura de grandes chances pour que l'obstacle ne soit pas dans la caisse, et que le polype ait son origine dans le conduit. Si au contraire la montre est aussi mal entendue partout, on devra supposer que c'est la situation inverse qui a lieu.

Un mot encore sur le traitement des polypes de l'oreille. Les trois méthodes qui ont été employées de tout temps sont l'arrachement l'excision et la cautérisation.

L'arrachement est une méthode facile qui consiste à saisir le polype avec une pince assez solide, et à tordre la tumeur sur elle même jusqu'à ce qu'elle se détache. Cette méthode, sans danger pour les polypes du conduit auditif, et pour les polypes muqueux de la membrane du tympan qui se détachent sous la moindre pression, ne serait pas sans inconvénients dans le cas où le polype qui naît de la membrane du tympan serait de nature fibreuse, et à plus forte raison dans le cas où il serait implanté dans le fond de la caisse. On s'exposerait parfois à déchirer la membrane du tympan et à luxer le manche

du marteau. On pourrait également produire dans la caisse des lésions plus ou moins graves, et des décollements de la muqueuse dont il serait difficile de prévoir les conséquences. Enfin je dois mentionner les hémorrhagies.

Toutes les fois qu'on aura des doutes sur le siège d'implantation du polype, et sur la nature de ses éléments anatomiques, il faudra renoncer à l'arrachement pour avoir recours à l'excision.

Cette opération peut être pratiquée à l'aide de ciseaux minces et recourbés sur le plat des lames, mais il faut pour cela que le conduit soit relativement large et que le polype ne soit pas trop volumineux. Il arrivera aussi qu'avec des ciseaux on s'exposera quelques fois à couper au-dessus du pédicule, et cela arrivera toujours pour les polypes de la caisse. Nous croyons qu'il est préférable de se servir d'un fil métallique. Le polypotome de Wilde qui se compose d'une anse métallique qui passe dans un tube creux est l'instrument le plus généralement employé.

Quelques modifications ont été apportées à cet instrument pour le rendre plus commode. M. le Dr Désarènes a fait couder l'instrument au point de jonction de la tige creuse et du manche afin que la main ne puisse pas gêner la vue de l'opérateur. Moi-même, en 1869, j'ai fait adapter à l'instrument un levier qui permit de le manœuvrer d'une seule main, ce qui en a rendu le mécanisme plus facile. Cette petite modification a été présentée à l'académie de médecine. Je n'attache pas à cette innovation plus d'importance qu'elle n'en mérite, et je m'abstiendrais ici d'en parler et d'en revendiquer le mérite, si M. Péan, dans sa nouvelle édition des éléments de pathologie chirurgicale, de Nélaton, page 47, n'avait fait reproduire avec éloge la figure de mon instrument, mais en l'attribuant à un de mes confrères. Quoiqu'il en soit de ces modifications, le principe de cet instrument appartient à Wilde. Par ce moyen l'excision des polypes est facile, et n'expose le malade à aucun des inconvénients de l'arrachement. Pour s'en servir avec sûreté, il faut d'abord bien se rendre compte du point d'implantation du pédicule, et faire tenir solidement la tête du malade pour ne pas s'exposer à ne sectionner qu'une partie de la tumeur.

Lorsque, malgré toutes les précautions, la tumeur n'a pas été coupée à sa base, et lorsqu'elle semble devoir se reproduire, il faut maîtriser ce travail morbide par des cautérisations.

Le caustique le plus employé est certainement le nitrate d'argent. J'ajouterai que s'il est le plus innocent, il est aussi le plus infidèle. La cautérisation étant trop superficielle elle imprime quelque fois, au lieu de détruire le mal, une nouvelle activité morbide pour sa reproduction. M. de Trœltzsch recommande la pâte de Vienne et le chlorure de zinc, tout en déclarant qu'il donne la préférence au nitrate d'argent. La pâte de Vienne par sa facilité à couler a l'inconvénient d'atteindre les parties qu'on veut respecter.

Le nitrate acide de mercure ou l'acide chromique portés sur la tumeur détruisent profondément, mais il ont l'inconvénient de brûler plus profondément qu'on ne voudrait, et ils exposent le malade à des inflammations graves. Ils provoquent en outre quelque fois des douleurs véritablement cruelles. J'ai dû rechercher un caustique dont l'action ne fût pas trop violente, et qui fût cependant capable de détruire ce que je voulais atteindre. Le souvenir des essais de M. le Dr Maisonneuve, pour la destruction des tumeurs à l'aide de flèches, m'a donné l'idée d'avoir recours pour l'oreille aux mêmes moyens. J'ai fait préparer par M. Vié-Garnier, pharmacien à Paris, de petites flèches avec de la farine de froment, du chlorure de zinc et une petite quantité de morphine. Ces flèches, séchées au four, acquièrent une dureté qui permet de les introduire par la pression dans les tissus que l'on veut détruire. Leur action caustique est peu douloureuse et ne s'étend pas profondément dans les tissus avec lesquels elles sont en contact. Je parviens ainsi à détruire presque sans douleur les parties du polype que l'excision n'a pas pu atteindre, et j'obtiens ainsi journellement les résultats les plus satisfaisants.

Les deux observations suivantes, publiées par M. le Dr Motte, offrent un véritable intérêt et nous nous empressons de les reproduire dans notre recueil.

OBSERVATION I. — *Polype fibro-gélatineux du conduit auditif externe, surdité complète de ce côté, arrachement, repullulation opiniâtre, guérison. — Rétablissement de l'ouïe.*

La jeune fille, aujourd'hui âgée de 14 ans, qui fait le sujet de cette observation, n'avait guère qu'une sixaine d'années, quand ses parents s'aperçurent qu'il s'opérait une notable diminution dans sa faculté auditive. Vers cette époque aussi, l'enfant s'éveilla un soir en sursaut en accusant une vive douleur au fond de l'oreille droite. Depuis lors, le conduit auditif n'a cessé de donner issue à un écoulement jaune verdâtre d'une odeur repoussante, contre lequel des injections furent employées très-irrégulièrement. Des bruits subjectifs ont tourmenté la malade, à différentes reprises ; ils se faisaient surtout entendre pendant la nuit, quand l'enfant posait la tête sur le côté sain, et au point d'empêcher ou d'interrompre le sommeil ; parfois aussi, les bourdonnements étaient tellement intenses et fatigants, au milieu du jour, qu'elle était forcée de sortir de l'église où ils semblaient s'exaspérer.

Il y a déjà plusieurs années qu'indépendamment de tous ces troubles physiologiques, elle se plaignait d'avoir quelque chose dans l'oreille. Un jour, le père inspecta le conduit auditif et vit qu'il était obstrué par une excroissance charnue. Il fit venir un médecin qui en enleva une portion avec des ciseaux et toucha le reste avec le crayon de nitrate d'argent. Cela se passait il y a environ quatre ans. Le traitement dura quelques semaines, puis l'enfant se refusa à tout examen.

Le 9 mai 1874 on m'amène la malade.

Cette jeune fille paraît jouir de tous les attributs de la santé ; elle n'a du reste jamais présenté d'autre affection que celle pour laquelle elle réclame mes soins, et elle appartient à une famille indemne de tout vice diathésique dans laquelle aucun trouble auditif ne s'est jamais manifesté. Elle est réglée depuis un an et le flux cataménial s'est toujours opéré avec une parfaite régularité.

Examen des oreilles. — 1° Au point de vue anatomique. — Oreille droite. — Un bourgeon d'apparence trilobé, lisse, rosé de consistance cellulo-fibreuse, obture complètement le conduit auditif et s'avance au niveau du méat dont la lumière paraît presque doublée par la distension, occasionnée par cette production morbide. La portion saillante en cet endroit jouit

d'une certaine mobilité et les lobes peuvent s'enrouler et se tordre les uns sur les autres. En poussant un stylet le long des parois du canal, on arrive à une profondeur d'environ 2 centimètres, sans qu'il soit possible de sentir nettement un point d'insertion, soit dans le conduit, soit sur la membrane du tympan elle-même. Seulement à la facilité avec laquelle l'instrument chemine autour du pédicule, je ne doute pas que le siège d'implantation ne se trouve profondément situé, c'est-à-dire dans le voisinage du tympan. Le tout est baigné d'un liquide verdâtre, de l'odeur caractéristique bien connue des écoulements de cette région.

Du côté du pavillon, je ne remarque rien d'intéressant à noter.

Oreille gauche. — Calibre du canal, normal; cérumen semi-liquide assez abondant; tympan blanc-laiteux, de teinte uniforme, comme s'il y avait eu là un travail inflammatoire de date plus ou moins récente. Il ne paraît pas néanmoins qu'aucun écoulement ait jamais eu lieu de ce côté. Le triangle lumineux, comme on le conçoit, fait ici complètement défaut.

2° *Examen au point de vue fonctionnel.* — *A droite.* — Il faut élever très-fort la voix pour se faire comprendre; en pareille occurrence, il est permis d'attribuer l'audition à l'oreille opposée, par suite de la répercussion inévitable opérée par les parois de l'appartement. La perception du tic-tac de la montre est absolument impossible, même au contact; la transmission osseuse, au contraire, est très-notable, quel que soit le siège d'application: tempe, apophyse mastoïde, région frontale, arcades dentaires. Ces extrêmes sont vraiment remarquables et nous fournissent du reste, *ipso facto*, des garanties sérieuses pour l'avenir de la fonction. Aussi, puis-je annoncer à la jeune fille, ainsi qu'à son père, qu'une fois le polype enlevé, l'ouïe reparaitra bientôt.

A gauche. — La parole est saisie à la distance normale. La montre, au contraire, ne s'entend qu'à une distance de 80 centimètres. La transmission à travers les os se fait distinctement.

Les bourdonnements qui ont marqué la période de développement de l'affection, sont devenus, par la suite, de plus en plus rares.

L'inspection de la gorge ne me fait découvrir ni inflammation en aucun point, ni gonflement des amygdales.

La sensibilité excessive de la muqueuse pituitaire ne me permet d'explorer ni la trompe ni la caisse.

En présence de l'existence d'une production charnue, compromettant si gravement l'ouïe de cette jeune fille et pouvant à la longue entraîner d'autres inconvénients plus sérieux, je n'hésitai pas à proposer l'ablation du polype; ce qui fut accepté sur-le-champ.

Opération. — Je tentai d'abord d'employer le polypotome de Wilde, mais il me fut impossible de l'insinuer assez loin avec son anse métallique, pour pouvoir enserrer autre chose que le tiers antérieur de la tumeur; dans ces conditions, je ne pouvais arriver à aucun résultat satisfaisant, d'autant plus que chaque fois que l'anse se réduisait en rentrant dans la tige de l'instrument, les lobes du polype lui échappaient en glissant en arrière.

Ces insuccès répétés devaient me tracer une autre voie que je considérais comme moins inoffensive, il est vrai, mais que j'étais bien forcé d'accepter, malgré mes répugnances, sous peine de compromettre et l'art lui-même et la santé de la malade qui se confiait à mes soins. J'introduisis donc, avec lenteur et aussi loin qu'il me fut possible, les deux branches rapprochées de la pince à mors dont le professeur de Troelsch se sert pour l'extraction de certains corps étrangers; je saisis le pédicule du polype auquel je communiquai un mouvement de torsion que j'accompagnai d'une traction fort modérée. Après quelques tours opérés en ralentissant de plus en plus le mouvement, j'eus la sensation d'une résistance vaine et j'amenai au dehors la production morbide tout entière, lobes et pédicule. Tout aussitôt, notre jeune opérée exprima la joie qu'elle éprouvait du changement subit survenu dans la perception de la voix et des différents bruits qui se produisaient autour d'elle; elle nous entendit, en effet, distinctement à la distance d'un mètre; phénomène fort curieux, le tic-tac de la montre que le contact lui-même laissait tout à fait imperceptible, se distinguait maintenant à 40 centimètres du pavillon.

Déposé sur une surface plane, le polype mesurait deux centimètres en longueur sur un centimètre en largeur, et il s'était affaissé, au point de ne plus présenter qu'environ trois millimètres d'épaisseur; sa teinte était pâlie; sa surface toujours lisse et les lobes qui formaient la tête se séparaient du corps, à six millimètres de leurs extrémités libres, en deux branches, dont l'une se divisait de nouveau pour former un deuxième lobe. L'extrémité caudale était frangée, plus mince que le reste de la tumeur; elle perdait le caractère charnu et semblait formée

d'un tissu cellulo-fibreux qui se continuait en un axe central, jusqu'au voisinage de la naissance des lobes.

Cette extraction n'avait été suivie que d'un écoulement de sang fort peu considérable. Je pousse une injection d'eau tiède et je nettoie le conduit avec un petit bourdonnet de charpie. J'applique le spéculum. Toute la surface du tympan est d'un gris laiteux ; en bas, en arrière, aux points d'union avec la muqueuse du canal, je découvre une surface rouge saignante, siège d'implantation de la production pathologique. La membrane du reste n'a pas changé de direction et paraît n'avoir subi aucune compression marquée de la part du polype.

Je fis faire, plusieurs fois dans la journée, des injections d'eau tiède et maintenir un tampon d'ouate dans le conduit auditif, pour modérer l'action trop vive des ondes sonores sur un organe trop longtemps soustrait à son stimulus normal.

Le 10, c'est-à-dire le lendemain de l'opération, il ne s'est rien passé d'intéressant à noter du côté de la membrane tympanique.

Le 11, deux bourgeons, émergeant de la surface d'implantation, masquent en grande partie le tympan. Je les cautérise en poussant directement sur leur surface la pointe du crayon de nitrate d'argent. Cette cautérisation est suivie d'une injection d'eau salée.

On injectera, deux fois par jour, une solution de sulfate de zinc (2 grammes sur 30), après avoir, au préalable, nettoyé le canal avec de l'eau tiède.

Le 14, aucune trace réelle de répullulation, seulement il existe une ligne rouge cramoisi de 4 millimètres environ de longueur, correspondant au diamètre transversal de la membrane du tympan dont l'aspect, à part cette particularité, est resté le même que précédemment.

Il s'est fait toute la semaine, un écoulement muco-purulent peu abondant et sans odeur bien marquée. La veille, il y avait eu du bourdonnement, pendant une minute environ.

On continue les injections.

Le 15, deux bourgeons, semblables aux premiers ont envahi presque tout le champ tympanique. Je les cautérise à travers le spéculum. Une fois flétris par cette opération, ils me laissent voir le tympan couvert de cinq autres petits bourgeons, disposés en cercle concentrique à l'anneau d'insertion de la membrane. Je les attaque également avec le caustique et je fais continuer l'usage du sulfate de zinc.

Le 16, il ne reste plus trace des deux bourgeons de la conférence et les autres n'apparaissent plus que comme des points légèrement rosés. La cautérisation, du reste, avait été, comme on le conçoit, plus légère en cet endroit.

Le 17, c'est à peine si on les distingue encore.

L'enfant retourne chez ses parents qui désirent la revoir.

On fera, matin et soir, les mêmes injections, et dans quelques jours le traitement sera repris sous nos yeux.

Il est à noter que pendant toute cette première période, l'ouïe était restée ce qu'elle était après l'extraction du polype.

Nouvel examen le 26. L'écoulement muco-purulent n'a pas cessé et la perception des sons s'est un peu affaiblie; néanmoins, la petite malade entend encore la montre à 30 centimètres.

Une saillie rose grisâtre, partant du segment inférieur de l'anneau tympanique, recouvre presque toute la membrane.

Après la cautérisation, elle est en grande partie flétrie et on découvre le tympan, d'aspect louche, sans bourgeonnement d'aucune sorte. Il est vraiment curieux de voir avec quelle rapidité le nitrate d'argent abat ces produits de nouvelle formation.

J'examine également l'autre oreille, mais je n'y rencontre rien de particulier.

On injectera de l'eau de son et on continuera l'usage de sulfate de zinc pour la droite.

La malade, à notre grand regret, nous quitte de nouveau, jusqu'au 8 juin.

Inspection de l'oreille, ce jour-là, à huit heures du matin.

Audition de la montre à 20 centimètres seulement.

Le tympan est recouvert d'une couche comme charnue, lisse, rose, uniforme comme certaines muqueuses. Je cautérise cette surface et je la déchire ensuite avec la pince à mors. Je détermine ainsi la production de lambeaux saignants et flottants. Injections d'eau tiède séance tenante. On remplacera l'eau tiède par de l'eau salée plusieurs fois jusqu'à deux heures après-midi.

Nouvel examen à deux heures et demie. Le tympan réapparaît avec son aspect antérieur; il ne reste du large bourgeon de ce matin qu'une très-légère éminence gris-rose, qui n'occupe qu'un segment fort peu considérable de la membrane; il y avait donc eu là un nouveau polype pédiculé s'étant développé en forme de champignon pour masquer le tympan.

Audition de la montre à 45 centimètres.

Dilacération de cette saillie, avec la pince, puis cautérisation

suivie d'injection d'eau salée. Sulfate de zinc deux fois par jour.

Nouvelle absence jusqu'au 16.

Le 16, 9 h. du matin.—L'écoulement a toujours été assez abondant pendant ces huit jours. De nouvelles productions partent de la partie inférieure du canal et en obstruent presque toute la lumière. Cautérisation. A 3 h. le tympan est en partie visible. Nouvelle cautérisation plus énergique, à plusieurs reprises, en inclinant le pavillon du spéculum en haut de manière à avoir bien au centre le point d'insertion rose du bourgeon. Eau salée en injection.

La puissance d'audition n'a rien perdu depuis le 8.

Je ne revois la malade que le 23, malgré les inconvénients qui peuvent résulter de ce nouvel éloignement.

Elle m'apprend que l'oreille a donné un peu de sang, après la cautérisation énergique du 16; mais que l'écoulement purulent, si tenace, était à peu près tari depuis lors. Il n'y a plus trace de polype; il ne reste que quelques débris noirâtres au fond du conduit et une couche grise mollassse sur le tympan. Injection d'eau tiède. Sous cette action du courant liquide, apparaissent, au centre de la membrane, trois petites saillies accolées et formant triangle, d'un gris sale comme le reste. Je les râcle avec le bord du spéculum; elles se détachent et me laissent voir le tympan d'un gris foncé légèrement rosé; ce n'est là que du mucus concrété ayant affecté une disposition particulière; peut-être n'était-il rien autre que le résultat de ce mouvement trophique qui s'était manifesté sous tant de formes différentes, depuis le début du traitement.

On se contentera de faire des injections d'eau salée, plusieurs fois par jour.

Jusqu'aujourd'hui, je n'avais pas cru nécessaire d'instituer un traitement général, l'affection ne me paraissant pas se rattacher à un vice constitutionnel; voulant toutefois écarter toute fâcheuse influence qui pourrait surgir de ce côté, je conseillai à notre jeune malade de prendre du sirop de Vanier matin et soir et de faire usage d'une alimentation substantielle.

9 juillet. — Il y a eu des bourdonnements des deux côtés, les jours qui ont suivi le dernier examen. Du côté gauche, je ne trouve rien à noter. L'écoulement a été plus abondant à droite et du pus a constamment baigné le méat, et pourtant l'ouïe se maintient assez bien, la montre est entendue à 20 centimètres. Après avoir nettoyé le conduit, je ne trouve rien au siège primitif d'implantation, mais un boursoufflement inégal, gris jau-

nâtre, recouvre toute la membrane. Je racle la surface avec le plus petit des spéculum de Troelsch et j'en enlève les lambeaux flottants avec les pinces. Je découvre alors une végétation légèrement bombée, lisse, rose, occupant le centre du tympan, concentrique à cette membrane et occupant à peu près la moitié de son aire.

A plusieurs reprises, je cautérise assez fortement cette nouvelle production.

En présence d'une répullulation aussi capricieuse et aussi tenace, je me vois obligé de varier mes moyens d'attaque et de demander d'autres armes à l'arsenal thérapeutique. Deux fois par jour, on injectera avec de l'eau de noyer et après avoir séché le conduit, on instillera quelques gouttes de la solution suivante :

Eau distillée 45 grammes.

Perchlorure de fer liquide. 4 grammes.

26 juillet, 9 heures du matin. — L'écoulement a été fort abondant les quinze jours qui viennent de s'écouler. Un gros bourgeon assez pâle obstrue le fond du conduit. Je le déchire et j'en cautérise les lambeaux.

2 heures 1/2. — Ces débris occupent encore trop d'espace pour me permettre de découvrir leurs points d'attache. Je ne parviens même pas à voir le tympan lui-même.

Injection d'eau salée; j'abandonne le perchlorure de fer. Quant à la faculté auditive, elle n'a rien perdu de ce qu'elle avait gagné, et elle n'a présenté depuis les premiers jours que de légères oscillations.

Le 19 août, l'enfant nous revient bien décidée à ne plus nous quitter avant sa complète guérison.

Je découvre un bourgeon du même aspect que celui du 26 juillet. Sa déchirure produit un écoulement de sang assez abondant. Injections d'eau salée.

Le 20, je découvre le tympan, d'aspect laiteux, bien libre, seulement il existe à la partie profonde de la face inférieure du conduit, une végétation de petit volume que je cautérise à plusieurs reprises.

Le 21, cette végétation a disparu et a laissé à sa place un point ulcéré. En revanche tout le tympan est recouvert d'une plaque uniforme, bourgeonnante; je la déchiquète avec mes pinces à mors, je la cautérise et j'en enlève les débris; malgré cela, la membrane tympanique se soustrait toujours à ma vue. Injection d'eau salée.

23 juillet. — Derrière les pellicules produites par la cautérisation, je découvre une surface rose bourgeonnante. Pas de cautérisation.

24. — Même aspect. Instillation, deux fois par jour, d'une solution d'ergotine au vingtième.

26. — Bourgeon aplati de dehors en dedans, occupant tout le fond du conduit. Dilacération avec la pince. Ce bourgeon n'était que l'exagération de l'état constaté aux deux dernières séances.

Après avoir bien nettoyé le canal, je constate que l'insertion du produit pathologique avait lieu, suivant une ligne transversale, passant par le centre du tympan, dont je découvre très-nettement la surface grisâtre. On appliquera l'ergotine six fois par jour.

28. — Plaque rose, granuleuse, occupant la moitié concentrique de l'aire du tympan.

Cautérisation qui fait blanchir toute cette membrane.

29. — Deux fois par jour, on introduira dans le fond de l'oreille une poudre absorbante, composée de : craie 8 p., alun, 2 p. Sous cette influence les granulations se répriment, paraissent acquérir plus de consistance et deviennent plus foncées en couleur (rouge sombre au lieu de rose clair).

31. — Malgré cette modification dans leur aspect, elles augmentent encore de volume.

1^{er} septembre. — Alun, tannin, craie p. œ. Cette poudre se concrète, se durcit davantage; la suppuration, qui avait disparu en grande partie, se reproduit.

3. — J'enlève avec mes pinces un gros bourgeon obstruant tout le fond du conduit. Des débris flottants occupent la moitié inférieure du tympan.

On se contentera de faire des injections d'eau salée et on abandonnera la poudre.

4. — Granulation rouge au centre de la membrane du tympan; en outre, une ligne de même teinte, longue de deux millimètres environ, se remarque en bas et en arrière de la surface tympanique.

Cautérisation. Solution saturée de tannin, trois fois par jour, au moyen de boulettes de charpie qu'on laisse en place.

5. — Pellicule grise, épaisse recouvrant le tympan et sous laquelle existe un bourgeonnement uniforme, plus considérable, mais n'occupant que la partie centrale de la membrane. Cautérisation et solution tannique.

7 et 8. — Même aspect; même traitement.

9. — Pas de cautérisation. Alun calciné et sulfate de zinc p. œ.

trois fois par jour. Cette application produit instantanément une vive douleur et amène tout aussitôt un écoulement séreux abondant.

10 *septembre*. — Pellicule gris jaunâtre masquant une surface granuleuse, assez consistante, que les pincés enlèvent difficilement. Même pansement. La douleur des premières applications a à peu près disparu.

11. — Pellicule épaisse, se confondant avec des lambeaux d'un jaune rosé, peu consistant, remplaçant les bourgeons du jour précédent. Ils se détachent avec la plus grande facilité sous les mors de la pince.

L'application de la poudre absorbante est encore assez douloureuse; elle est chaque fois suivie d'un écoulement abondant et je me vois obligé de faire cette application en deux temps.

12. — Le topique détermine, le soir, une douleur fort intense qui s'irradie tout autour de l'oreille. Une injection d'eau laudanisée, suivie de l'instillation de quelques gouttes de laudanum pur la font bientôt disparaître.

13. — Il n'existe plus que des détritcs grisâtres au fond du conduit.

J'avais communiqué les traits principaux de ce cas si intéressant à M. le professeur Haan qui a fait des maladies de l'oreille une étude toute spéciale. Au milieu de cette lutte de tous les instants, je désirais m'entourer des lumières et de l'expérience de mon ancien maître. Il me conseilla d'abandonner provisoirement toute thérapeutique active et de me contenter de faire usage d'injections du permanganate de potasse (1 gramme pour 300 grammes d'eau distillée). Je me ralliai d'autant plus volontiers à cette manière de voir que, depuis quelques jours, il semblait s'être opéré un changement d'allure dans la marche de l'affection. J'avoue toutefois que je me défiais un peu de ces apparences dont plus d'une fois j'avais été la dupe. A différentes reprises, en effet, on se le rappelle, la répullulation avait été envoyée, tout traitement, sauf des injections de propreté, avait été suspendu; puis, brusquement, sans cause occasionnelle, le bourgeonnement reprenait sa physionomie des premiers jours. Quoi qu'il en soit, je suivis scrupuleusement les indications que voulut bien me fournir le savant professeur de Louvain, et je suis heureux de dire que je n'eus qu'à me féliciter du résultat obtenu.

Le 15, même état satisfaisant que le 13.

Même traitement; seulement, à cause d'un reste de sensibilité

dû aux manœuvres des derniers jours, après l'injection du matin on laissera tomber une goutte de laudanum au fond du conduit. Cet agent fut employé pendant quinze jours.

Je revois notre malade le 28 octobre suivant, c'est-à-dire un mois et demi plus tard. Il n'y a plus trace de polype; au fond du canal existe une couche de pus concrété sous laquelle on découvre la membrane tympanique rosée, lisse, sans apparence de bourgeonnement.

Le sirop de Vanier qui avait été abandonné sera de nouveau employé, et on fera deux fois par jour des injections avec la solution de sulfate de zinc des premiers temps, pour tarir la suppuration, tout en continuant l'usage du permanganate de potasse afin d'agir plus directement sur l'odeur du produit de sécrétion.

Depuis cette époque, j'ai eu à différentes reprises des nouvelles de la jeune fille. Il existe encore un léger suintement, mais la guérison des troubles de l'ouïe se maintient. La montre est entendue à plus de 2 mètres et la parole est perçue aussi facilement que dans les conditions ordinaires d'une bonne audition. Quant au tympan lui-même, je me propose bien de le soumettre à un nouvel examen aussitôt que je le pourrai.

Les circonstances m'ont empêché de réaliser mon projet avant le 30 mai de l'année dernière (1875). A cette époque je trouve la surface de la membrane tympanique rouge, épaissie, un peu inégale; la partie inférieure du canal est elle-même boursoufflée à ce niveau.

Sirop de Vanier et injection au sulfate de zinc. (30 grammes eau distillée, 4 grammes, sulfate.)

10 juin. — Même aspect. L'écoulement persiste.

Après avoir bien nettoyé le canal, je touche le fond avec une solution saturée de nitrate d'argent. (Eau dist. q. s., sel, 50 centigrammes.) La lésion atteinte se recouvre immédiatement d'une pellicule blanchâtre.

Les jours suivants on se servira du sel de potasse en injection. Cette pratique ne fut suivie que très-irrégulièrement.

25 septembre. — Le fond du conduit et la membrane sont masqués par un pus très-épais. Après l'avoir enlevé je mets à nu le tympan, d'un aspect grisâtre moins terne qu'autrefois. Il porte cinq granulations rosées, irrégulièrement disposées en cercle concentrique à l'anneau d'insertion de la membrane. Je les cautérise séparément avec mon petit porte-caustique. On enlève chaque jour le pus avec un linge sec, on versera ensuite

dans le canal, quelques gouttes de la solution suivante : eau distillée, 100 grammes ; sulfate de zinc, 3 grammes ; puis on introduira un tampon d'ouate imprégné d'un mélange de gomme arabique, 15 grammes, et d'alun, 2 grammes.

J'ai su depuis que ce traitement avait été promptement abandonné et que l'organe n'avait plus été soumis qu'à des soins de propreté.

29 février 1876. — J'ai été rappelé aujourd'hui près de notre intéressante malade pour une affection grave de la poitrine, développée pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde dont le début remonte à quatre mois. La constitution est fort délabrée et je constate l'existence manifeste de tubercules au sommet du poumon droit.

Comme bien on pense, je fus heureux d'avoir l'occasion d'examiner une dernière fois l'oreille qui avait été, sous mes yeux, le siège de tant de phénomènes intéressants. Le fond du canal et la membrane du tympan se présentent exactement avec l'aspect du mois de mai de l'an dernier : aucune trace de polype ; mais une muqueuse hypertrophiée lisse, non granuleuse. Je me gardai bien de tracasser la pauvre enfant en reprenant la série des divers moyens tant de fois employés pour arriver à tarir un écoulement que de déplorables conditions de santé devaient fatalement entretenir et exagérer, et je me contentai de diriger ma médication contre des troubles fonctionnels, bien autrement graves et qui, je l'avoue, ne me laissent que bien peu d'espoir de guérison.

OBSERVATION II. — *Polype cellulaire framboisé, chez un enfant de cinq ans ; cautérisation avec le nitrate d'argent ; guérison rapide.*

Dans le courant de l'été qui vient de s'écouler, un de nos confrères les plus distingués de la province de Namur, voulut bien nous confier son petit garçon, atteint depuis assez longtemps de différents symptômes morbides du côté des organes auditifs. Cet enfant, d'une bonne santé habituelle, avait eu la scarlatine à l'âge de quatorze mois ; l'éruption s'était faite incomplètement pour se localiser spécialement dans la gorge. A partir de la convalescence, les oreilles, tantôt l'une, tantôt l'autre, étaient devenues le siège d'un écoulement plus ou moins abondant et les parents s'aperçurent bientôt que l'ouïe avait un peu baissé ; à différentes époques, l'oreille gauche devint le siège d'un écou-

lement de sang peu considérable et qui ne nécessita aucun traitement spécial.

C'est le 29 juin 1875 que je fus appelé, pour la première fois, à examiner le petit malade.

Il existe de chaque côté, surtout à gauche, une sécrétion jaunâtre de mucus; l'odeur n'en est pas extrêmement repoussante, grâce sans doute aux injections de propreté pratiquées chaque jour. Comme l'écoulement, ce jour-là, n'était pas très-considérable, je me contentai d'introduire un morceau de toile roulée pour enlever le liquide attaché aux parois; j'attirai ensuite les pavillons en haut et en arrière pour inspecter les conduits. A droite, je ne distingue rien d'anormal; mais à gauche, je découvre une surface luisante, inégale dont je ne puis embrasser toute l'étendue. Pour compléter mon examen, j'applique le spéculum.

A droite, la membrane du tympan ne présente rien d'insolite, sauf une vascularisation un peu exagérée, le long du manche du marteau; le triangle lumineux s'y dessine fort nettement.

A gauche, le tympan est masqué par une production d'apparence framboisée portant, vers son segment supérieur, deux granulations plus volumineuses que les autres.

L'isthme du gosier et le pharynx sont indemnes de toute altération.

L'auscultation du nerf auditif me fournit les renseignements suivants: à droite, le petit malade entend la montre à 40 centimètres; à gauche, à 25 centimètres. L'audition crânienne se fait mieux qu'à une distance rapprochée du pavillon. Quant à la voix, elle est parfois difficilement perçue, et au milieu de la conversation on est souvent obligé de répéter plus d'une phrase à l'enfant.

Comme il n'arrive que trop fréquemment chez les jeunes sujets, le cathétérisme des trompes d'Eustache est rendu impossible par l'indocilité du malade; en revanche, la manœuvre de Politzer s'exécute facilement et me permet de m'assurer de la parfaite perméabilité de ces canaux.

Qu'était-ce que cette production végétante dont nous avons constaté la présence au fond du conduit auditif de l'oreille gauche? Ces granulations agglomérées dépendaient-elles de la membrane tympanique elle-même ou bien des parois du conduit? Était-ce un polype sessile ou pédiculé? Les difficultés de fixer notre diagnostic par des manœuvres déjà fort pénibles chez l'adulte, nous déterminèrent à user de prudence et à essayer de

réprimer le bourgeonnement au moyen d'injections astringentes. Nous nous arrêtâmes d'autant plus volontiers à ce parti que le père de l'enfant était absent, et nous ne croyions pas pouvoir mettre en œuvre une médication plus active, sans en avoir reçu l'autorisation formelle.

Pour le côté droit, on se contentera d'injecter une décoction de noyer; à gauche, au contraire, nous fîmes seringuer matin et soir, une solution de sulfate de zinc dans la proportion de 50 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée. L'enfant prendra en outre deux cuillerées à bouche de sirop de Vanier par jour.

Les injections furent faites plus ou moins régulièrement jusqu'au 18 août suivant. Ce jour-là, je soumetts l'oreille gauche à un nouvel examen. L'écoulement n'a pas diminué et la surface mamelonnée n'a pas changé d'aspect. Je la fais distinguer à travers le spéculum à M. le docteur B., qui, sans avoir été prévenu le moins du monde, s'écrie tout aussitôt : « Mais cela ressemble à une framboise ! — En effet, lui répondis-je, et vous venez de donner à ce polype sa véritable place dans la classification de Toynbee qui divise ces néoplasmes en cellulaires *framboisés*, en fibro-gélatineux et en cellulaires globuleux. » Avec son assentiment, je touchai la surface des bourgeons avec le nitrate d'argent fondu, fixé sur un porte-caustique coudé, que j'ai fait fabriquer par M. Clasen, et dont l'étroitesse permet le maniement facile même à travers le spéculum du plus petit calibre, comme la nécessité s'en présente souvent chez les jeunes enfants.

Le lendemain, le petit opéré partit avec ses parents pour Blankenberghe où il séjourna une dizaine de jours. Pendant ce temps et jusqu'au 23 septembre, les injections furent presque abandonnées, tant l'écoulement avait diminué.

A cette dernière date, le tympan est visible dans toute son étendue, sauf en haut et en arrière où il existe encore une éminence rougeâtre, allongée, peu considérable. J'y applique superficiellement le caustique.

Le 4 novembre, plus aucune trace de bourgeonnement; la membrane a repris son aspect normal et le triangle lumineux, qui n'existait pas lors du précédent examen, est maintenant parfaitement visible. Le muco-pus qui précédemment constituait l'écoulement a fait place à une matière filante de la couleur brunâtre du cérumen; il semble qu'il n'y ait plus là qu'une sécrétion normale diluée, et qui selon toute probabilité s'épaissira successivement. Néanmoins, pour arriver plus rapidement à ce ré-

sultat, je prescrivis l'usage deux fois par jour de la préparation suivante : décoction de noyer, 250 grammes, sulfate de zinc, 5 grammes.

25 novembre. — Deux jours après le début de ces injections, il s'est formé, dans les conduits auditifs des productions pseudo-membraneuses, épaisses, parcheminées et affectant parfois la forme tubulaire de ces canaux. Ces fausses membranes s'échappaient tous les deux ou trois jours avec l'eau des injections; leur surface d'adhérence ne portait nulle trace de sang. Le jour de mon examen, il n'existe pas même de lambeau de cette nature et les tympanes sont très-nets, sauf une légère injection à gauche, le long du manche du marteau. Quant à l'écoulement, il est complètement supprimé de ce même côté et est considérablement réduit du côté droit, là où il n'a pas existé de polype.

Je saisis cette occasion, pour apprécier les modifications survenues dans la faculté auditive de l'enfant. Les parents m'apprennent qu'ils ne trouvent plus de différence entre l'ouïe du petit malade et celle de ses frères et sœurs, et qu'il ne fait plus répéter les mots et les phrases comme autrefois. En outre, le tic-tac de la montre et les bruits les plus légers sont perçus à la distance normale.

On continuera les injections; seulement on réduira de moitié la dose de sulfate de zinc. Sous cette seule influence, la production pseudo-membraneuse se supprima complètement et l'écoulement se réduisit de plus en plus; il ne resta bientôt plus qu'une rougeur eczémateuse donnant parfois à la peau du conduit un certain degré d'humidité. Dans la crainte que la continuation des injections, devenues inutiles, ne soit la cause de cette hyperémie cutanée, je fais cesser toute manœuvre de cette nature; on se contentera de faire chaque jour des instillations d'huile d'amandes douces. Le résultat fut parfait, et quelques jours après la congestion et ses conséquences avaient disparu.

DE LA SYPHILIS SECONDAIRE DANS LE LARYNX

ET EN PARTICULIER DES PLAQUES MUQUEUSES LARYNGIENNES

(Critique du mémoire de MM. KRISHABER et MAURIAC)

Par le Dr **Isambert**.

La complète indépendance assurée à chacun de nos collaborateurs est le principe qui dirige notre rédaction. Nos

Annales sont une tribune libre où l'on n'impose à personne une sorte d'orthodoxie. Mais, de même que les opinions les plus divergentes peuvent s'y produire, et que tous les travaux consciencieux y ont droit de cité, de même la rédaction n'assume en aucune façon la responsabilité de ces opinions; elle n'en garantit pas l'exactitude, et chacun de nous conserve sa liberté d'apprécier et de critiquer au besoin les faits ou les doctrines contenues dans ces travaux.

Nous en donnerons aujourd'hui l'exemple en reprenant pour notre compte la question de la syphilis secondaire dans le larynx, et en relevant dans le mémoire publié l'an dernier par nos affectionnés collaborateurs et amis, MM. Krishaber et Mauriac (1), les points qui ne nous paraissent pas conformes à ce que nous a montré l'observation clinique poursuivie comme nous l'avons fait depuis plusieurs années sans aucune idée préconçue.

On sait où en est la question. Les premiers auteurs qui ont écrit sur les résultats de la laryngoscopie, ont admis sans conteste que la muqueuse laryngienne présentait, à la période secondaire de la syphilis, des manifestations identiques aux éruptions cutanées. Depuis Czermak et Türck, les pères de la laryngoscopie, depuis MM. Gerhard et Roth, Cusco et Dance, jusqu'aux articles publiés dans ces derniers temps, notamment dans celui que MM. Bœckel ont consacré au larynx dans le *Dictionnaire Jaccoud*, cette même idée se produit et ne paraît pas faire l'objet d'un doute, tant elle plaît tout d'abord et séduit les esprits.

Cependant, depuis cinq ans au moins, une réaction s'est produite chez quelques observateurs exercés au maniement du laryngoscope, et qui ont étudié la question sans parti pris; nos collègues, MM. Alf. Fournier, Simon Duplay, le D^r P. Ferras et nous-même, avons émis l'opinion que, si la syphilis secondaire donnait incontestablement lieu à des manifestations laryngées, ces manifestations étaient loin de reproduire les *caractères objectifs* des diverses syphilides

(1) *Des Laryngopathies pendant les premières phases de la syphilis*. Ann. des mal. de l'oreille et du larynx, nos de mars, mai, juillet et septembre 1875.

cutanées, et que le prétendu parallélisme des syphilides externes et internes était chimérique. M. Ferras, notamment, dans sa thèse inaugurale *sur la Laryngite syphilitique* (Paris, 1872, chez Delahaye) a soumis pas à pas à une critique attentive les faits relatés par Gerhard et Roth, et par M. Cusco et Dance, et fait justice de ce prétendu parallélisme : il a montré avec M. Fournier que la prétendue roséole, dite de Cusco, était un simple érythème sans caractères particuliers ; et, avec MM. Fournier, Duplay et nous-même, que la plaque muqueuse elle-même était une rareté ; peut-être a-t-il été un peu trop loin, niant d'une manière presque absolue l'existence de celle-ci.

C'est contre ces conclusions d'un esprit juvénile que MM. Krishaber et Mauriac ont voulu réagir dans le mémoire qui a paru l'an dernier dans nos *Annales* ; tout en passant condamnation sur la plupart des syphilides laryngiennes, admises par MM. Gerhard et Roth, Cusco, Dance et Rollet, etc., ils se sont surtout efforcés de réhabiliter la plaque muqueuse laryngienne.

Nos deux collaborateurs étaient certainement revêtus d'une autorité considérable, car l'un d'eux dirige depuis nombre d'années un grand service dans notre principal hôpital de vénériens, et l'autre possède, tant au point de vue de l'habileté laryngoscopique spéciale, qu'à celui de l'érudition complète en matière de pathologie laryngée une notoriété incontestée. Ils se sont donc livrés à de longues recherches sur le vaste champ d'observation de l'hôpital du Midi, pour vérifier si « la plaque muqueuse, cette lésion si spécifique, si propre à la syphilis, qui se développe sur tous les points de la surface cutanée, qui a une prédilection si marquée pour les muqueuses voisines de la peau, ferait défaut dans le larynx ; si la muqueuse laryngée posséderait une sorte d'immunité contre une pareille lésion. Non, répondent-ils, avec assurance, et en effet, dans 14 cas de laryngopathies syphilitiques secondaires, nous avons trouvé 10 fois des plaques muqueuses sur la muqueuse laryngée. » (Mém. cité, p. 58.) Une telle affirmation, ce chiffre d'observations, devraient résoudre la question sans appel. Comment se fait-il

que nous conservions nos doutes, et que nous nous croyions autorisés à faire ici les plus grandes restrictions ?

C'est que nos auteurs ont le plus souvent procédé par des raisonnements à *priori*, et par des assertions simples au lieu de s'appuyer sur des descriptions complètes et sur des caractères objectifs qui auraient entraîné la conviction. L'absence de ces caractères permet de révoquer en doute l'exactitude de leur interprétation, et de contester les chiffres de leur statistique. MM. Krishaber et Mauriac reprochent (Mém. cité, p. 265) à M. Ferras d'avoir dépassé les droits de la critique en révoquant en doute le témoignage de confrères autorisés. Comment ne voient-ils pas qu'ils s'exposent à voir retourner contre eux l'argument, et à s'entendre accuser d'abuser du raisonnement *in verba magistri*, lorsqu'ils opposent à des collègues compétents, exercés comme eux au maniement du laryngoscope et au diagnostic des éruptions vénériennes, des observations aussi incomplètes, aussi peu probantes que celles qu'ils mettent en avant ? Si l'on se borne à opposer des assertions contradictoires, émises avec une égale bonne foi, nous en sommes persuadé, mais manquant d'une démonstration rigoureuse, que deviendra le lecteur ? à quelle solution peut-on parvenir ?

Telle n'était pas la méthode à suivre, selon nous, et avant de discuter sur l'existence ou la non-existence de la plaque muqueuse laryngienne, il fallait commencer par définir celle-ci, et par bien tracer ses caractères. C'est ce que nos auteurs n'ont pas fait. Or, ne leur en déplaise, il n'est pas exact de représenter la plaque muqueuse (ainsi que dans les lignes citées plus haut) comme « une lésion *si spécifique*, qui se développe sur tous les points de la surface cutanée, et qui a une prédilection si marquée pour les muqueuses voisines de la peau. » En effet, la plaque muqueuse de la peau, que nous admettons pour notre part avec M. Bazin, mais qui est rejetée par M. Hardy, diffère notablement de la plaque muqueuse des orifices naturels, celle qui est le véritable type de l'espèce. Nous avons autre part (V. le *Progrès médical*, 1875, novembre, n° 44) montré comment ce type général tendait à perdre de ses caractères, à mesure que

l'on pénètre plus profondément dans les cavités naturelles.

La plaque muqueuse du voile du palais diffère déjà de celle des lèvres, ou des organes génitaux. Celle des amygdales perd encore plus son aspect caractéristique par son mélange avec les produits de sécrétion caséuse ou pultacée de ces glandes, et par la rapidité avec laquelle elle tend à s'ulcérer. Au larynx même, elle aura sans doute perdu tellement son aspect typique qu'on peut se demander si elle y existe. Pour bien poser la question, il faut cependant admettre que la plaque muqueuse ne saurait être reconnue si elle ne garde un certain nombre de caractères spécifiques que nous allons chercher à préciser. Suffit-il de rencontrer sur la muqueuse laryngineuse une rougeur limitée, plus ou moins arrondie, plus ou moins éraillée ou ulcérée, et coïncidant avec une éruption syphilitique de la peau, ou de la muqueuse bucco-pharyngineuse pour la nommer plaque muqueuse du larynx ? Ce serait résoudre la question par la question, et c'est malheureusement ce que nous paraissent avoir fait, dans la grande majorité des cas, les partisans de la plaque muqueuse laryngienne. Pour nous, nous pensons qu'il faut réserver ce nom à une lésion présentant les caractères morphologiques fondamentaux de la plaque des muqueuses génitales et de la bouche, c'est-à-dire à des *plaques de forme irrégulièrement arrondie ou ovale*, faisant au-dessus des parties voisines *une saillie légère*, circonscrite par un *bord un peu plus saillant que le centre, qui est déprimé*.

De plus, cette surface est *légèrement plissée ou gaufrée* ; elle présente une *couleur grise opaline* et est entourée, quand elle est récente, d'une *zone inflammatoire* plus ou moins intense, *brunâtre* près du tégument externe et sur les semi-muqueuses, *carminée* sur les muqueuses internes. Quand elle s'ulcère, elle perd rapidement ces caractères, et pour qu'une ulcération soit reconnue pour une plaque muqueuse ulcérée, il faut que le *bord au moins* conserve sa *saillie*, son *aspect plissé* et sa *nuance opaline*.

Sont-ce là les caractères que nous retrouvons dans les observations de MM. Krishaber et Mauriac ? Ces auteurs ont négligé de nous tracer ce portrait d'ensemble, auquel ils au-

raient pu se référer, et dans le détail des observations, ils ont la plupart du temps négligé de nous indiquer ces caractères typiques qui devaient leur donner une valeur démonstrative. De plus, en examinant en détail chacune de leurs descriptions, et le tableau qui les résume, il est difficile de ne pas reconnaître que nos auteurs se sont fait quelque illusion sur la signification des faits qu'ils nous présentent. Il s'agit d'ulcérations, d'érosions, de pertes de substance, d'œdèmes ou de bourgeons charnus et rarement de plaques caractéristiques : si les auteurs admettent que ce sont des plaques muqueuses, ou qu'elles ont succédé à des plaques muqueuses, ce n'est bien souvent qu'à cause de la coïncidence de plaques muqueuses signalées dans d'autres régions. Aussi, au lieu de dix observations de plaques bien constatées sur la muqueuse laryngienne, on est étonné, en se livrant à ce travail de vérification, de voir que ce nombre se réduit à deux bonnes observations (*obs.* III et IV) et à deux autres (*obs.* VII et X), où l'on peut, malgré des descriptions imparfaites, admettre encore qu'il s'agit de plaques muqueuses ulcérées. Mais dans les six autres cas, les objections les plus sérieuses peuvent être faites aux auteurs que nous citons. Avant de passer outre, il nous faut justifier cette critique par l'analyse rapide de ces cas.

D'abord les observations VIII et IX (mémoire cité, *Annales de l'oreille et du larynx*, 1875) doivent être tout à fait rayées et ne peuvent entrer en ligne de compte dans une statistique sérieuse des plaques muqueuses.

Dans l'observation VIII, nous voyons mentionnées seulement « des rugosités d'aspect ulcéreux sur les deux cordes vocales inférieures et une inflammation des deux cordes vocales supérieures (*mém. cité*, p. 104, ligne 33). » Ce n'est pas là de la plaque muqueuse. Dans l'observation IX, nous trouvons « une coloration marbrée » avec épaissement des deux cordes vocales inférieures, et « perte de substance nettement accusée de 3 à 4 millimètres d'étendue, et à bords déchiquetés. » (*ibidem*, p. 107, l. 4 et 9.) Bien que les auteurs ajoutent plus loin (*ibidem*, p. 108, l. 37 et 38) que ces lésions « consistaient en une petite ulcération consécutive sans doute

à une plaque muqueuse », il est clair que la plaque muqueuse n'est ici qu'une hypothèse, que la coloration marbrée et l'épaississement ne constituent pas une plaque muqueuse, et que la perte de substance à bords déchiquetés en est encore moins une. Si les auteurs admettent que ce sont des plaques muqueuses, ce n'est évidemment qu'à cause de la coïncidence de plaques spécifiques qu'ils notent en dehors du larynx. Nous retrouverons souvent chez eux cette pétition de principe, et nous nous étonnerons de la facilité avec laquelle ils assimilent à la lésion si facile à définir des aspects morbides qui sont si peu définis. La forme arrondie, sans les caractères des saillies, de plissement et de nuance sur lesquels nous avons insisté, ne suffit pas pour affirmer qu'une ulcération vient d'une plaque muqueuse : car des ulcérations de nature très-différente, sur les muqueuses comme sur la peau, peuvent affecter cette forme, et de plus une ulcération syphilitique peut être arrondie quand elle provient d'une gomme, tout comme lorsqu'elle provient d'une plaque muqueuse. On peut dire même que lorsqu'il y a une perte de substance notable, il ne s'agit certainement plus d'une plaque muqueuse.

Or que trouvons-nous dans les descriptions généralement trop sommaires de nos auteurs ? Dans l'observation I (*ibidem*, p. 60, l. 4-6) nous voyons « une ulcération très-superficielle, ayant la forme d'une plaque muqueuse, et produisant une perte de substance formant comme un petit pertuis entre les deux cordes vocales », puis plus loin (*ibid.*, p. 60, l. 29-31) une autre « échancrure entourée d'épithélium opaque gris nacré, et (p. 61, l. 1-3) trois petites pertes de substance, qui proviennent de plaques muqueuses érodées. » C'est là une assertion qui ne nous paraît pas suffisamment justifiée par la description qui précède. Aussi les auteurs croient-ils devoir s'excuser (*ibid.*, l. 25) de n'avoir pas pu « constater les caractères de la plaque muqueuse pendant sa période d'évolution ou d'hyperplasie formative. » Sont-ils en droit d'affirmer « qu'elle était alors en voie d'évolution ou de régression ulcéreuse ? » « On voyait en outre autour d'elle, disent-ils (*ibid.*), sur les deux cordes vocales un épaississement hypertrophique produit par l'œdème dur ou plastique qui se voit si

fréquemment dans le tissu cellulaire sous l'influence de la syphilis. » Sans doute l'épaississement hypertrophique est fréquent dans le larynx, comme ailleurs, en cas de syphilis, mais c'est surtout aux périodes avancées, à l'état tertiaire, et le rebord plissé d'une plaque muqueuse n'est pas un œdème dur. Ici donc, ou bien la plaque muqueuse n'est pas démontrée, ou bien l'expression juste a manqué à nos auteurs, dont l'un est cependant connu pour un maître en l'art d'écrire. Les petites *trainées opalines*, sur le bord libre des cordes vocales ou l'épithélium gris nacré, dont il est question auparavant (p. 60, l. 27 et l. 32), ne nous semblent pas plus caractéristiques, du moment qu'on ne dit pas qu'elles formaient le bourrelet saillant de la prétendue plaque muqueuse, car ces apparences de nacre grisâtre, ou opalin, se trouvent dans certaines formes de laryngite catarrhale que nous comparons à l'aspect de dents dont l'émail s'altère, devient opaque et se fendille (V. le *Progrès*, 1875, p. 187).

Dans l'observation II les auteurs, tout en annonçant que les plaques muqueuses seront accusées avec plus de netteté, ce qu'on peut en effet demander sans être bien exigeant, ne nous décrivent (p. 62, l. 34-36) « qu'une *érosion très-superficielle, blanchâtre, d'une forme ovale allongée, à bords légèrement foncés*, » et plus loin (p. 63, l. 5) ils font simplement mention d'une autre plaque muqueuse, symétrique à la première, mais sans description plus explicite. Sans doute la forme ovale et les bords légèrement foncés sont quelque chose, mais cela ne suffit pas à nous démontrer la plaque muqueuse. « A quelle forme anatomique pourrait-on les rapporter ? » ajoutent les auteurs (p. 63, l. 23). Tout simplement à l'ulcération syphilitique simple, répondrons-nous, laquelle est loin d'être nécessairement consécutive à une plaque muqueuse.

Les observations III et IV sont, il est vrai, beaucoup plus satisfaisantes. Dans l'observation III, ce sont en effet des plaques ovalaires non ulcérées, déprimées à leur centre, à bord légèrement relevés, et avec une auréole d'épithélium épaissi et opalin (*ibid.*, p. 64, l. 30-34, et p. 65, l. 31-33). Bien qu'il y manque un caractère, la zone carminée périphérique si marquée sur les plaques muqueuses du

voile du palais, nous acceptons ces trois plaques pour typiques. Nous accepterons encore celles de l'observation IV, bien que les auteurs n'aient pas cru devoir répéter leur description, mais nous les croyons volontiers sur parole quand ils nous affirment qu'elles ressemblaient exactement à celles de l'observation précédente, et aux plaques muqueuses de l'isthme du gosier. Nous accepterons encore, dans l'observation VII, la *petite plaque muqueuse ovulaire de 1/2 centimètre de longueur, entourée d'une zone opaline* (*ibid.*, p. 102, l. 2-47), bien que la description ne soit pas complète, et qu'il y manque le bord relevé et l'auréole carminée. Dans l'observation X, au milieu d'une quantité de lésions dont la description est assez confuse, nous voyons des plaques muqueuses aux différents degrés d'ulcération, les unes très-superficielles, les autres suppurantes, entourées de bourgeons charnus; tout cela serait bien douteux pour nous comme plaques muqueuses, si les auteurs n'ajoutaient qu'elles sont accompagnées d'un épaississement opalin périphérique de l'épithélium, et d'un boursoufflement de tout le bord libre de cet organe. » Ce caractère nous décide, bien que, dans notre pratique, des ulcérations déjà suppurantes et entourées de bourgeons charnus ne nous aient plus présenté le bourrelet caractéristique.

Quant aux observations V et VI, où les auteurs décrivent des *plaques muqueuses végétantes*, nous sommes obligés de les récuser. Comment voir une plaque muqueuse dans l'observation V, où nous trouvons seulement sur la corde vocale droite « une saillie en forme de pyramide, à base implantée sur le bord libre de la corde vocale, avec une pointe qui fait saillie dans la glotte ? » Les auteurs avouent du reste que cette prétendue plaque végétante peut bien n'être autre chose qu'une grosse papule. Nous sommes tout à fait de cet avis; des grosses papules de cette forme et de cet aspect se trouvent chez les phthisiques, et spécialement chez les sujets atteints à la fois de phthisie et de syphilis. Or le malade de cette observation V a été atteint d'un catarrhe laryngo-trachéal aigu, quoique sans fièvre, et d'ailleurs le *traitement hydrargyrique* n'a pas empêché la laryngopathie de se produire. On ne dit

pas si au moins ce traitement a amené la guérison. Le malade de l'observation VI est manifestement un phthisique, il a eu de la toux, des sueurs nocturnes, des hémoptysies (*ibid.*, p. 99, l. 13-15), et les lésions laryngées qu'il présente sont : une échancrure dentelée dans la portion ligamenteuse de la corde vocale droite, puis une plaque muqueuse ovulaire ulcérée (pourquoi ne pas dire simplement une ulcération ovulaire?) et, entre ces deux lésions, « une saillie en éperon formée par un épaississement hyperplasique de la muqueuse. » — Les auteurs ont-ils le droit de dire (p. 100, l. 9): « Ainsi deux des plaques muqueuses avaient alors produit, l'une une ulcération avec perte de substance, l'autre une exulcération ovulaire » ? Qui prouve en effet que ces ulcérations aient succédé à des plaques muqueuses ? toujours la même pétition de principe. On attribue les ulcérations à des plaques muqueuses, parce que le malade est manifestement syphilitique. Mais on ne s'occupe pas de savoir s'il n'est pas en même temps phthisique, bien qu'il présente les signes rationnels de la phthisie ; aussi le traitement hydrargyrique paraît-il avoir été sans effet, et l'on ne nous dit pas ce que le malade est devenu. Or, nous avons vu et rapporté dans nos leçons (V. notamment *le Progrès*, 1875, novembre n° 41) des lésions absolument semblables à celles-ci, des plaques ulcérées ayant l'apparence de plaques muqueuses, et surtout de plaques muqueuses végétantes, chez des sujets atteints à la fois de phthisie et de syphilis.

Les soi-disant condylomes des obs. V, VI et VII (p. 102, l. 10-20) des auteurs que nous critiquons n'étaient certainement pas plus caractéristiques que les grosses papules ou bourgeons charnus que nous observions dans ces mêmes cas mixtes. De plus, le traitement hydrargyrique était absolument sans action. Mais, dira-t-on, les malades de MM. Krishaber et Mauriac ne sont sans doute pas des phthisiques. Peut-on croire que ces habiles cliniciens auraient laissé passer sans la mentionner une maladie aussi facile à constater ? Je répondrai qu'assurément une phthisie confirmée n'aurait pu échapper à des cliniciens aussi distingués ; mais, deux fois sur trois cas semblables dont j'ai pris

bonne note, la phthisie n'était pas manifeste au moment où je constatais les lésions laryngées; le poumon n'avait pas encore parlé; aucun signe stéthoscopique ou plessimétrique ne la révélait. Dans le troisième cas seulement, il y avait un peu de submatité sous une clavicule. Aussi me suis-je trompé deux fois, et ai-je admis d'abord la syphilis, mais bientôt l'insuccès du traitement spécifique et l'aggravation de l'état de mes malades vinrent m'avertir de mon erreur; quelques semaines après, les signes stéthoscopiques apparaissaient, quelques mois après la lésion pulmonaire était très-avancée; enfin, dans un délai qui a varié d'un an à quatre ans, deux de ces malades étaient morts, et le troisième, dont j'ai de temps en temps des nouvelles, ne vaut guère mieux. Je ne crois donc pas faire tort à mes confrères en supposant qu'ils ont pu commettre l'erreur que j'ai commise, surtout à l'hôpital du Midi, où le médecin, tout à l'étude des maladies vénériennes, peut oublier assez facilement les états thoraciques peu prononcés, et où les malades sont si vite perdus de vue que, dans les observations de nos confrères, on ne sait jamais en définitive ce qu'ils sont devenus.

En résumé, ce n'est pas dix cas de plaques muqueuses laryngiennes qu'ont recueillis MM. Krishaber et Mauriac: il y a seulement deux observations bonnes (III et IV), une assez bonne (VII). Dans les autres, on voit des ulcérations plutôt que des plaques muqueuses. Dans l'observation X, il n'est guère douteux pourtant qu'il ne s'agisse d'ulcérations ayant succédé à des plaques muqueuses véritables. Mais le fait est douteux dans les observations I et II. Dans les observations V et VI, les soi-disant plaques muqueuses végétantes sont des bourgeonnements qui ne paraissent avoir rien de commun avec la plaque muqueuse, et qui se produisent chez des sujets dont l'un au moins offre un cumul de phthisie et de syphilis. Quant aux observations VIII et IX, il faut les rejeter entièrement.

Comptons en tout 4 cas, sur plusieurs centaines de malades que ces médecins ont été à même d'observer à l'hôpital du Midi. Nous n'insisterons pas sur ce petit nombre, on pourrait nous répondre que d'autres cas ont été vus sans

que l'observation ait été prise. D'ailleurs, n'y eût-il qu'une observation bien authentique (et l'obs. III présente ce caractère), elle suffirait pour dire, comme les auteurs, que la plaque muqueuse (*ibid.*, p. 58, l. 16 et suiv.) ne fait pas défaut dans le larynx, et que la muqueuse laryngée ne possède pas d'immunité contre une pareille lésion.

Nous accordons cela, et nous n'avons jamais été aussi absolus que M. Ferras dans notre négation. Nous avons dit que la lésion, ou l'apparence morphologique, connue sous le nom de plaque muqueuse, si commune aux orifices externes, et jusqu'à l'isthme du gosier, était rare dans le larynx même. Cette rareté est démontrée par le travail de MM. Krishaber et Mauriac, même en acceptant le chiffre de 10 qu'ils ont cru trouver (non plus 10 sur 14 observations, choisies toutefois, mais 10 sur plusieurs centaines de syphilitiques).

Cette rareté, nous sommes disposés à nous en étonner comme eux et à en rechercher les raisons. Il peut y avoir des raisons histologiques : la muqueuse du larynx n'est pas celle de la bouche ni des parties génitales externes. Nous avons déjà vu la plaque muqueuse du voile du palais présenter une saillie moindre et une auréole de nuance autre que celle des parties externes. D'autres conditions physiques entourent d'ailleurs ces manifestations morbides. Plus on pénètre dans les cavités naturelles, plus la température devient constante, plus aussi devient efficace cette humidité continuelle de l'air expiré des poumons, qui met les lésions laryngiennes dans une situation analogue à celle où elles seraient sous l'action d'un bain de vapeur indéfini. Ces conditions physiques expliquent aussi ce fait, qui ressort du travail de nos confrères : c'est que la plaque muqueuse, en acceptant toutes leurs données, n'est dans le larynx qu'une lésion de courte durée, remplacée très-vite par des ulcérations.

Nous ajouterons pour notre compte, et c'est en cela que notre opinion s'écarte surtout de celle de nos confrères, qu'en tant qu'apparence morphologique, la plaque muqueuse laryngienne n'a pas de valeur séméiologique absolue, permettant d'affirmer la syphilis, et de plus qu'elle n'est pas

exclusivement propre à la période secondaire de cette affection. C'est ce qu'il faut établir par quelques faits.

Nous disons que la plaque muqueuse, en tant qu'apparence morphologique, n'est pas un caractère particulier à la syphilis, et en effet on rencontre le même caractère séméiologique dans certaines formes de phthisie laryngée. Nous faisons allusion plus haut à quelques erreurs de diagnostic auxquelles nous nous étions laissé entraîner, il n'y a guère plus de deux ans, à une époque où notre attention était depuis longtemps attirée sur la tuberculose miliaire de la gorge, du larynx et de la langue, et à quelques observations que nous en avions données dans nos cliniques et où il s'agissait surtout de cas mixtes de tuberculose et de syphilis. Nous sommes revenus récemment sur cette analogie de forme en étudiant, dans notre dernier numéro (*Annales*, juillet 1876, p. 171-173), les érosions tuberculeuses du larynx proprement dit, sur ses différentes parties constituantes, épiglote, bandes ventriculaires, éminences aryénoïdes et cordes vocales proprement dites, et nous nous attachions à chercher les caractères différentiels de ces érosions et des plaques syphilitiques, tout en avouant que dans bien des cas l'examen des parties nous laissait dans l'incertitude. L'examen général du malade, l'évolution ultérieure de ces érosions, et surtout l'action favorable ou nuisible du traitement spécifique iodo-hydrargyre nous permettaient surtout de nous prononcer, et encore fallait-il souvent attendre pour cela plusieurs semaines. Sur l'épiglotte, où les lésions sont très-visibles, où l'on peut étudier assez bien ce travail de caséification et d'énucléation des granulations tuberculeuses sur lequel nous avons insisté récemment, l'incertitude ne durerait pas bien longtemps. Mais aux cordes vocales vraies, à leur bord libre et à leur face trachéale, l'analogie est telle que le diagnostic nous semble impossible autrement que par les commémoratifs ou la pierre de touche du traitement. Encore, s'il y a cumul de diathèses, phthisie et syphilis réunies, les commémoratifs nous laissent dans l'incertitude, et le traitement lui-même a si peu de prise sur la lésion laryngée, qu'on la verrait en quelque sorte s'éterniser, si l'action nocive du mercure ne

se révélait par le progrès de la phthisie pulmonaire. Eh bien ! je le répète, c'est dans ces cas que j'ai vu les apparences les plus trompeuses de plaques muqueuses, les lésions qui présentaient le mieux l'ensemble des caractères que nous assignions plus haut aux plaques syphilitiques (sauf l'auréole carminée), et c'étaient cependant des produits tuberculeux, comme la suite de la maladie ne le démontrait que trop.

Nous disons en second lieu que, si l'identité morphologique ou anatomo-pathologique est trop difficile à établir pour faire de la plaque muqueuse un caractère séméiologique spécifique de la syphilis, il l'est encore plus peut-être de préciser la question de coïncidence ou de parallélisme avec les autres manifestations syphilitiques, de manière à attribuer la plaque muqueuse à une période fixe, la période secondaire. Le travail même de MM. Krishaber et Mauriac prouve que cette précision de rapport n'existe pas. Ils le reconnaissent eux-mêmes implicitement (p. 266), d'abord à cause de la rareté des faits qu'ils ont pu recueillir, comparée à l'immense fréquence de la plaque muqueuse extérieure ; ensuite parce que, même dans les observations qu'ils ont rapportées (en les admettant toutes les dix pour exactes), la coïncidence des plaques laryngiennes avec des plaques muqueuses dans d'autres régions manque dans quatre cas sur dix. Lorsque les plaques muqueuses apparaissent sur les cordes vocales, elles ont, dans ces cas, cessé d'exister autre part, ou n'ont jamais existé. Ainsi, comme M. Lasègue l'avait observé pour le pharynx, il y a des cas où l'éruption interne existe sans éruption cutanée, et des cas (beaucoup plus nombreux selon nous) où l'éruption cutanée existe sans éruption externe. Quant à l'époque où se montrent ces plaques muqueuses, quant à la relation qui existerait entre leur apparition et l'âge de la syphilis, il est certain, en syphilographie générale, que la plaque muqueuse spécifique est un accident secondaire. Le tableau de MM. Krishaber et Mauriac confirmerait pour le larynx cette donnée générale, puisque dans les faits cités par ces auteurs les plaques auraient paru dans un laps de temps compris

entre deux mois et onze mois. Bien que nous n'ayons pas encore de statistique complète à opposer à ces observations, nous pouvons déjà dire cependant que, dans certain nombre de faits qui nous sont personnels, la présence de ces plaques s'est étendue beaucoup plus loin, c'est-à-dire à une distance de trois à cinq ans du premier accident syphilitique. Il est vrai que ces plaques s'observent dans des cas mixtes, chez des sujets à la fois syphilitiques et phthisiques; nous ne pourrions affirmer qu'elles n'avaient pas débuté plus tôt, mais enfin elles se perpétuaient sous l'influence des deux maladies chroniques combinées. Nous prévoyons la réponse que l'on va nous faire : c'est qu'il ne s'agissait pas de plaques spécifiques véritables. Soit, mais comme nous avons montré plus haut qu'il n'existe aucun caractère différentiel absolu entre la plaque spécifique et la plaque non spécifique, on ne peut tirer de l'aspect seul d'une de ces plaques la notion de syphilis secondaire, pas plus que celle de syphilis certaine. C'est dans l'ensemble des symptômes, dans les commémoratifs comparés qu'on doit puiser les éléments de son diagnostic; et il faut s'être trouvé en face de ces cas mixtes où un malade déjà phthisique s'accuse d'une syphilis antérieure, pour connaître l'embarras que l'on éprouve à faire la part de ce qui peut revenir à chacun de ces causes morbides, et à formuler un traitement rationnel. Au bout de quatre ans, on ne peut plus guère admettre de syphilis secondaire; et plus le temps s'avance, plus la probabilité de la tuberculose sera grande.

Nous venons de traiter assez longuement de la plaque muqueuse; c'est que cette lésion formait le point capital du mémoire de nos confrères, et celui sur lequel nous étions en désaccord; d'ailleurs le doute élevé sur l'existence de cette lésion, autrefois si facilement admise, était bien propre à nous montrer combien se trouve en défaut l'idée préconçue qu'on s'était faite du parallélisme et de l'identité des lésions cutanées et des lésions laryngées. Or, c'est là pour nous la question principale, celle qui domine de beaucoup le cas particulier de la plaque muqueuse, et celle sur laquelle, sauf cette divergence de détail, nous sommes heureux de

nous retrouver d'accord avec MM. Krishaber et Mauriac. Nos auteurs reconnaissent en effet volontiers que M. Ferras a eu raison en thèse générale, et que le parallélisme n'existe pas. Dans toute la seconde partie de leur travail, intitulée : *laryngopathies sans plaques muqueuses*, nous ne voyons pas paraître une fois ce cortège de syphilides mentionnées dans les écrits de MM. Cusco et Dance, Gerhard et Roth, et de M. Rollet, qui décrivaient des rupia, des psoriasis, des syphilides squammeuses, papuleuses, papulo-pustuleuses et papulo-tuberculeuses, dont M. Fournier avait fait justice dans son livre. Que trouvons-nous sur la muqueuse laryngienne dans les faits de MM. Krishaber et Mauriac ? de la rougeur plus ou moins sombre, plus ou moins partielle ; des arborisations vasculaires, de la tuméfaction générale ou partielle ; des aspects de papules, de verrues, que l'on appellera si l'on veut condylomes, végétations : voilà tout ce qu'on trouve dans les premières phases de la syphilis. C'est ce que nous avons toujours trouvé nous-mêmes : la syphilis secondaire du larynx se traduit par des phénomènes de congestion, de tuméfaction, d'inflammation partielle, mais il n'y a pas de forme morbide définie comparable aux syphilides cutanées.

Quant aux lésions plus graves, elles appartiennent en général à la syphilis tertiaire : le travail de nos confrères nous a montré toutefois que l'*ulcération* pouvait se montrer dès les premières phases, et ces observations, que nous combattons en tant que prouvant l'existence de la plaque muqueuse, démontrent manifestement ce fait de l'ulcération dans la période secondaire. Nous aurons sans doute l'occasion de revenir dans quelque temps sur cette question des ulcérations et des lésions graves de la syphilis laryngée ; notre impression générale, tous les faits que nous avons montrés dans nos cliniques nous ont porté à croire qu'il n'y a de lésions réellement graves (ulcérations destructives, œdèmes menaçants, rétrécissements) que dans les syphilis anciennes, invétérées ou dans celles qui se combinent avec la scrofule. Ce sera là un sujet d'études ultérieures.

Ajoutons que, pour la symptomatologie générale de tout

ce qui forme la quatrième partie du mémoire de MM. Krishaber et Mauriac, nous sommes en général d'accord et que nous aurions à peine à relever quelques divergences de détail. Nos auteurs ont critiqué avec quelque sévérité la partie du travail de M. Ferras relative aux troubles de la phonation, et lui ont reproché d'avoir établi des divisions nettement tranchées entre les altérations du timbre, du diapason, de la souplesse et de l'intensité, divisions qui ne répondent pas à la réalité. Nous sommes ici de leur avis, et notre jeune confrère et ami, après avoir fait une critique si serrée et si judicieuse du parallélisme des syphilides, s'était lui-même un peu trop laissé emporter par son imagination juvénile à des divisions de fantaisie. Ces divisions toutefois étaient moins absolues qu'on ne le pense; ainsi, à la p. 50 des *laryngites syphilitiques*, M. Ferras écrivait : « Dans la laryngite syphilitique non ulcéreuse, au point de vue de la phonation, le timbre n'est pas seul modifié, mais aussi le diapason, la souplesse, l'intensité. » Ce passage répondait à une opinion généralement émise avant 1872, que dans la laryngite syphilitique le timbre seul de la voix était altéré. M. Ferras s'élevait aussi (*ibid.*, p. 35) contre les hypothèses qui rattachaient l'aphonie aux périodes précises de la syphilis primaire et secondaire des régions externes, et demandait des faits au lieu de théorie. Il n'en est pas moins vrai que M. Ferras avait voulu un peu trop préciser les variations de la phonation, sur lesquelles nous savons en vérité trop peu de chose et qui en définitive appartiennent à toutes les laryngites aussi bien qu'à la syphilis. C'est l'argument final que lui ont opposé MM. Krishaber et Mauriac, et nous croyons qu'il est juste.

Il est temps de terminer ici cet article, mais les questions que nous venons d'effleurer en dernier lieu auront plus d'une occasion de revenir sous notre plume.

ANALYSES.

**Compte rendu annuel des travaux publiés sur les
maladies des voies respiratoires,**

1874-1875, Londres, 1 vol. de 353 pages, chez Smith Edler et Comp.

M. le Dr Dobell a publié sous ce titre, avec la collaboration des docteurs Adolphe Wahltuch et Shingleton Smith, un volume où sont analysés tous les travaux qui ont été publiés en Europe et en Amérique. Nous résumons en quelques lignes ceux qui intéressent plus particulièrement notre publication :

M. le docteur Massei a extirpé un *papillome multiple* situé sur la corde vocale droite et sur la commissure antérieure du larynx ; comme il y avait beaucoup d'irritation dans la gorge, il eut recours à l'anesthésie préliminaire avant l'opération, au moyen de badigeonnages alternativement, chaque demi-heure, avec le chloroforme pur et une solution de morphine et en répétant ces applications quatre fois. (*London, Med. Rec.*, mai 1875.)

Polype laryngé expulsé pendant un accès de toux. — M. Arthur W. Robson lu devant la Société médico-chirurgicale de Leeds, l'observation dont voici l'abrégé :

La malade était enrouée depuis treize ans, mais sa respiration ne devint gênée qu'un an avant la demande de consultation ; elle fut prise d'une hémorrhagie peu intense, venant de la gorge, qui dura dix heures, et au bout de ce temps elle se mit à tousser et expulsa un morceau solide ; trois jours après elle parlait clairement, respirait librement, et son larynx paraissait tout à fait net à l'examen laryngoscopique. La tumeur expectorée était oblongue, longue de six lignes, large de trois et épaisse de deux. Examinée au microscope, elle présentait tous les caractères d'un sarcome médullaire (*myeloïde sarcoma*). (*British Med. Journ.*, 1875.)

Sur les fonctions de la luette. — Pour le docteur Dobell, la luette remplit une fonction qu'on n'a pas encore signalée :

c'est de conduire les sécrétions des arrière-narines à l'épiglotte, d'où elles sont attirées dans la gorge par le mouvement de déglutition, la luette les empêche donc de tomber directement dans le larynx.

Des excroissances du larynx. — M. Lennox Browne, dans une communication lue devant la Société médicale de Londres, sur le traitement des productions bénignes du larynx, a émis les propositions suivantes :

1° Les tentatives d'ablation des excroissances du larynx ne sont pas aussi innocentes qu'on le croit généralement ;

2° Les symptômes occasionnés par les tumeurs bénignes du larynx ne sont pas assez graves pour nécessiter l'intervention d'instruments ;

3° Beaucoup de ces productions disparaissent, ou sont réduites par un traitement local et général approprié, surtout quand elles sont récentes ;

4° La récurrence des tumeurs laryngées après leur ablation par les voies naturelles est plus fréquente qu'on ne suppose ;

5° La transformation de tumeurs bénignes en malignes, ou même cancéreuses, est assez fréquente à la suite des tentatives d'extraction ;

6° Les instruments le plus souvent employés maintenant sont beaucoup plus dangereux que ceux dont on se servait autrefois, ils déterminent de la périchondrite en lésant des parties saines ;

7° Comme pour les opérations extra-laryngées, il faut réserver les opérations intra-laryngées dans les cas où il y a danger de suffocation et de gêne dans la déglutition. (*British Med. Journ.*, mai 1875.)

De l'obturation des conduits auditifs par l'ouate comme moyen prophylactique du coryza et de l'angine. — Les connexions nerveuses qui existent entre la gorge et les conduits auditifs, jointes à ce fait qu'on s'enrhume plus par un courant d'air de côté, et que les enfants strumeux sujets au rhume souffrent souvent d'écoulements d'oreilles, semblent prouver en faveur de l'utilité de cette pratique, qu'un correspondant du *Practitioner* a trouvée si efficace, que pendant sept ans il a pu éviter les rhumes de cerveau, auxquels il

était très-sujet auparavant. (*London Med. Rec.*, février 1875.)

Du catarrhe nasal. — Le docteur Mann insiste sur la nécessité d'un traitement général et local ; à cet effet, il recommande l'emploi du fer, du quinquina et de l'iode, s'il y a de la scrofule sous jeu. Comme traitement local, l'auteur conseille des injections avec une solution chaude de chlorure de sodium dans l'eau, suivie d'un badigeonnage avec une solution de nitrate d'argent dans la glycérine (1 gramme de nitrate pour 30 grammes de glycérine), ensuite des inhalations de vapeur d'iode au moyen d'un appareil en caoutchouc durci contenant une éponge imbibée de teinture d'iode : cet appareil est pourvu de deux tubes de caoutchouc, l'un en communication avec la narine, l'autre avec une poire de caoutchouc dont la pression fait pénétrer la vapeur d'iode dans les fosses nasales ; cette opération doit durer un quart d'heure et être faite tous les deux jours. L'auteur fait aussi priser une poudre composée de sucre blanc pulvérisé et de camphre en poudre, et se loue beaucoup de ce dernier moyen ; il se sert aussi avec avantage d'injections et de pulvérisations avec des solutions de sulfate de zinc et de cuivre (2 gram. pour 30 d'eau), il emploie une solution d'iodure de potassium dans les cas d'ulcérations. (*Lond. Med. Rec.*, avril 1875.)

D^r TILLOT.

Un cas unique de prolapsus des deux ventricules du larynx. — Excision de ces ventricules par la thyrotomie. — Guérison,

par le D^r GEORGE M. LOFFERTS. — New-York, 1876.

L'auteur appuie sur ce fait, que le cas dont il donne la relation est un cas unique dans les annales de la laryngoscopie. Il y a bien dans la science, dit-il, deux cas de prolapsus des ventricules du larynx ; mais, outre qu'on ne les a reconnus qu'à l'autopsie, on a tout lieu de croire que le prolapsus n'existait pas pendant la vie et ne s'est produit qu'au moment de l'agonie. C'est de plus la première fois

qu'on a recours à une opération ayant pour but d'enlever les deux ventricules du larynx.

Voici l'histoire du malade :

Il y a deux ans il perdit subitement tout usage de la voix ; un soir il alla se coucher avec une voix parfaitement normale, le lendemain il se réveilla complètement aphone. On ne peut trouver aucune raison de cette attaque subite, pas de violence extérieure, pas d'effort de voix extraordinaire. Sa voix jusque-là avait été bonne, parfois un peu rauque ; il présentait d'ailleurs les symptômes ordinaires d'un catarrhe pharyngo-laryngien, amené sans doute par sa profession qui l'exposait toujours à l'air. Au bout de trois semaines le malade commençait à parler, mais sa voix était basse, rauque, éteinte, et elle est restée telle depuis. — Pendant cette première attaque d'aphonie la respiration n'a été que légèrement gênée ; mais une année plus tard elle s'embarrassa davantage, devint striduleuse ; mais jamais il n'y a eu de paroxysmes de dyspnée ou de spasme laryngien ; la seule douleur dont se plaignit le malade était un sentiment d'obstruction dans le larynx et au-dessus de l'organe, qui était augmenté surtout par les efforts prolongés de phonation. Vers cette même époque, environ une année à dater du début, on vit apparaître au-dessus de l'extrémité supérieure du sternum une petite tumeur arrondie et dure. Deux mois plus tard, cette tumeur se ramollit et s'ouvrit, laissant à sa place une plaie à bords rugueux qui donnait issue à un pus mal lié et qui mit deux mois à guérir. Jamais il ne s'était montré de tumeur semblable ailleurs sur le corps du malade, et l'on ne peut que supposer le caractère syphilitique de cette tumeur. Bientôt après la cicatrisation de cette plaie, il se produisit une petite excroissance au-dessus du côté gauche et vers la partie moyenne du cartilage thyroïde : elle était indolore, très-mobile, et augmentait graduellement de volume. Il s'en montra bientôt une seconde immédiatement au-dessous de la précédente, avec laquelle elle se confondit bientôt à mesure qu'elle augmenta de volume. Les tissus qui recouvraient cette masse ont fini par y adhérer et la peau à ce niveau est douloureuse, rouge et un peu œdémateuse.

A l'examen direct voici ce qu'on trouve :

A l'inspection on constate que la partie gauche du cartilage thyroïde est recouverte par une tumeur bosselée, dure, de la dimension d'un œuf de poule ; cette tumeur adhère fortement en haut et en arrière à la membrane thyro-hyoïdienne ; il est impossible de constater par le toucher jusqu'à quelle profondeur se fait l'implantation de la tumeur. La respiration est difficile, stridulente ; l'inspiration et l'expiration sont également affectées ; la pression sur le larynx ou une fatigue vocale augmentent la dyspnée ; la déglutition est complètement intacte. La voix est entièrement perdue, elle est remplacée par un souffle dur qu'on a peine à comprendre.

A l'examen laryngoscopique, au bout d'un certain temps d'entraînement, on constate que l'ouverture normale de l'organe est diminuée de moitié par la présence d'une tumeur dure, ovoïde, rouge, tendue et recouverte d'une muqueuse brillante. Cette tumeur émerge de la paroi gauche immédiatement au-dessous de la fausse corde vocale (supérieure) et occupe complètement l'orifice du ventricule. La corde vocale correspondante est sous-jacente à la tumeur et à peine reconnaissable ; on n'en voit qu'une toute petite partie en arrière et en dedans, et encore dans les mouvements de phonation seulement. Cette tumeur s'étend depuis la commissure antérieure du larynx jusque près de la commissure postérieure. Sa surface est arrondie en haut, aplatie du côté du ventricule. Pendant la phonation elle est immobile et les mouvements respiratoires ne lui impriment aucun déplacement.

De l'autre côté du larynx on constate l'existence d'un premier repli de membrane muqueuse large et aplati en dehors, effilé à son extrémité interne. Ce repli est couché sur la face supérieure de la corde vocale et dépasse son bord libre jusqu'à venir en contact avec la tumeur du côté opposé. — Son insertion se fait immédiatement au-dessous de la fausse corde vocale et il remplit l'orifice ventriculaire.

Dans les mouvements de la corde vocale droite vers la ligne médiane au moment de la phonation, ce repli se déroule en dehors et finit par disparaître complètement dans le ven-

tricule quand la corde vocale est bien tendue. L'orifice ventriculaire est alors visible et semble agrandi. Quand la corde vocale se relâche la tumeur reparait, et ainsi de suite ; l'on peut répéter indéfiniment cette démonstration.

Il faut ajouter que la muqueuse du larynx présente dans son ensemble l'aspect caractéristique d'une inflammation catarrhale chronique ; les éminences aryénoïdiennes surtout sont congestionnées.

Le repli aryéno-épiglottique gauche est le siège d'un léger œdème.

L'auteur fait remarquer que le diagnostic ne laissait pas que de présenter quelques difficultés, surtout en ce qui concernait la grosse tumeur ovoïde à gauche ; quant à celle de droite un examen sérieux ne laissait plus de place au doute. On a trouvé et décrit dans les ventricules des kystes prenant naissance dans les parois mêmes, — des papillomes, — des corps fibreux ou fibro-cellulaires, — des polypes muqueux, — des cancers, des hydatides. — Les dimensions de la tumeur et son apparence générale éliminaient les kystes et les papillomes. L'absence de pédicule, sa forme et sa couleur la distinguaient d'un corps fibreux. Enfin la production cancéreuse est d'un diagnostic plus difficile. A son début elle n'offre rien de caractéristique, la tuméfaction glandulaire profonde qui l'accompagne ordinairement se rencontrait également dans ce cas ; aussi l'auteur doit-il avoir été conduit à admettre la nature cancéreuse de cette tumeur dure, immobile du côté gauche, « quoique, ajoute-t-il, j'aie admis aussi l'hypothèse d'un prolapsus du ventricule. »

Croyant donc avoir affaire à une tumeur de nature probablement maligne, l'auteur fit choix de la méthode opératoire extra-laryngée. Il y avait plusieurs raisons en faveur de ce procédé : la grande sensibilité du larynx et le spasme consécutif s'opposaient à l'introduction d'instruments dans l'intérieur de l'organe ; — l'extirpation complète de la tumeur par la bouche n'était pas possible à cause de son implantation ; — enfin la complication résultant de la chute du ventricule du côté opposé était encore une indication du mode opératoire extra-laryngien. De plus la thyrotomie permettait d'enlever

la tumeur par une incision nette qui mettait l'organe à l'abri de bien des complications. L'opération fut donc faite le 7 avril 1875 par l'auteur, aidé par son collègue le Dr R. F. Weir. Afin de permettre l'enlèvement de la tumeur externe qui recouvrait le côté gauche du cartilage thyroïde, on fit une incision en T sur la ligne médiane du cou, et on mit à nu la tumeur. Elle était dure, bosselée et présentait des adhérences intimes au niveau de sa base et de ses bords supérieurs ; ces adhérences s'étendaient non-seulement jusqu'au bord supérieur gauche du cartilage thyroïde, mais aussi au delà de la ligne médiane vers la droite. Son bord externe était libre et recouvert par le bord interne du sterno-cleido-mastoïdien. En enlevant la tumeur on constatait qu'il n'y avait aucun lien entre ces deux excroissances, dont l'une était intra, l'autre extra-laryngienne. L'examen microscopique que l'on fit plus tard montra, dans la masse qu'on avait enlevée, du tissu conjonctif, des fibres musculaires striées, et des cellules arrondies ou fusiformes présentant des granulations et quelquefois des noyaux ; enfin du tissu adipeux et des vaisseaux. Il n'y avait aucune trace de structure épithéliale. Il était impossible de dire si cette tumeur avait pris origine dans un ganglion lymphatique. Dans la seconde partie de l'opération on pratiqua la trachéotomie en incisant de bas en haut depuis le quatrième cerceau cartilagineux jusqu'au cricoïde, et on introduisit la canule. — Quand la respiration fut rétablie, on incisa les parties molles au-devant de l'angle du cartilage thyroïde, puis on entama le cartilage sur la ligne médiane avec un petit bistouri pointu, en allant de haut en bas, et en évitant de toucher à la membrane muqueuse pour ne pas produire des accès de toux. Le cartilage ne fut difficile à couper qu'à sa partie inférieure, où il y avait quelques points d'ossification. — L'incision de la muqueuse présenta ensuite quelques difficultés, mais on arriva enfin dans la cavité du larynx. C'est alors que le sang fourni en grande quantité par le plexus veineux et rejeté par régurgitation embarrassa l'opérateur. On administra une nouvelle dose d'éther au malade ; puis saisissant la tumeur du côté gauche on l'attira au dehors et on l'enleva avec des ciseaux courbes par une incision pa-

rallèle au ventricule du larynx, puis on cautérisa la plaie. On fit de même de l'autre côté. Le Dr Mans, à qui fut confié l'examen microscopique des tumeurs, répondit que celle de droite était constituée par du tissu conjonctif lâche, enveloppé d'une membrane muqueuse. Le tissu était légèrement infiltré de petites cellules rondes, remarquables surtout aux environs des vaisseaux. Enfin à la base de la tumeur se rencontraient quelques fibres musculaires striées. Les vaisseaux nombreux et dilatés étaient remplis de globules rouges. Les cellules épithéliales de la muqueuse n'étaient pas le siège d'une prolifération. La tumeur qu'on avait enlevée du côté opposé présentait le même aspect, seulement les cellules arrondies étaient beaucoup plus nombreuses. Le siège et l'aspect de ces tumeurs donnaient donc raison au diagnostic : *prolapsus des ventricules du larynx*; la cause première se trouvant être un état inflammatoire chronique de la muqueuse accompagné d'épaississement et de gonflement.

Pour terminer l'opération on réunit les bords du cartilage par trois points de suture. Les suites de l'opération ne présentèrent rien de particulier, si ce n'est une petite pneumonie qui se montra au bout de trois jours. Au bout de quatorze jours on retira la canule et on ferma la plaie avec des bandes de sparadrap. Le malade se retire le 4 mai, vingt-sept jours après l'opération.

L'auteur fait remarquer en terminant que son opération peut servir à prouver l'avantage qu'il y a à ne pas attendre la période asphyxique pour faire la thyrotomie. En ce qui concerne l'opération en elle-même, il laisse au lecteur le droit d'apprécier s'il a eu tort ou raison de préférer la méthode extra-laryngée. Enfin il résume les résultats qu'il a obtenus en suivant la division de Mackensie :

1° Il y a eu grand avantage au point de vue de la vie du malade.

2° Les fonctions respiratoires ont été ramenées à leur état normal.

3° La voix sans être tout à fait normale est *pleine et forte*; elle n'est peut-être pas non plus tout à fait claire, mais depuis plusieurs mois que le docteur Lefferts observe son

malade, il a constaté un progrès journalier. D'ailleurs, puisque les ventricules du larynx auraient d'après certains auteurs une action sur la voix (opinion que ne partage pas le Dr Lefferts), la disphonie passagère remarquée dans le cas présent peut être due à l'extirpation de ces ventricules.

Deux autres causes encore ont pu mettre obstacle au rétablissement complet de la voix : la mobilité moins grande des cordes vocales ; — un certain état de sécheresse par sécrétion insuffisante du mucus.

Une quatrième et dernière question est relative à la possibilité d'une récidive ; ici la nature des tumeurs donne nécessairement une réponse négative.

AIGRE.

La fonction de la membrane de la fenêtre ronde (membrane tympanique secondaire),

par le Dr WEBER LIEL, *Centralblatt f. d. mediz. Wissenschaft*, 1876, n° 2.

Les expériences de Burnett ont démontré que les ondes sonores qui arrivent par le conduit auditif externe sont transmises par les osselets au liquide labyrinthique, et de là à la membrane de la fenêtre ronde, à laquelle elles impriment des oscillations. Cette membrane est-elle aussi mise directement en mouvement par des ondes sonores venant la frapper de dehors en dedans ? les opinions des physiologistes sont partagées à cet égard.

Pour résoudre le problème, Weber a fait des expériences sur 9 préparations fraîches dont 7 prises sur des cadavres d'hommes, 1 sur un veau, 1 sur un cheval....

Le plancher de la caisse et une partie des cellules mastoïdiennes furent enlevés pour rendre la fenêtre ronde parfaitement visible. La voix humaine et les sons d'un orgue furent alternativement employés pour produire les vibrations ; à chaque production de son, l'auteur observa au moyen du microscope des mouvements des grains d'amidon dont la membrane était légèrement saupoudrée ou des déplacements de petits reflexes lumineux. Ces phénomènes avaient déjà été constatés par Burnett.

NOUVELLES EXPÉRIENCES.

1° Après avoir séparé l'enclume de l'étrier et l'avoir un peu déplacée, Weber Liel referma les parties ouvertes de la caisse au moyen d'un petit tube en verre; la trompe resta entr'ouverte. Dans ces conditions, les oscillations de la membrane moins étendues ne furent plus visibles que sur certaines parties; elles cessèrent de se produire aussitôt que la caisse fut rouverte.

Sur deux préparations seulement l'expérimentateur a pu observer un mouvement à peine perceptible à la tête et aux branches de l'étrier.

2° En comprimant ou en dilatant légèrement l'air par la trompe d'Eustache, la caisse étant hermétiquement fermée et l'enclume séparée de l'étrier, Weber Liel n'observa aucun changement ni dans la direction, ni dans l'étendue des oscillations. En condensant fortement l'air, il constata un arrêt des oscillations plutôt par les sons élevés que par les sons bas.

3° Pour empêcher toute transmission d'ondes sonores sur la membrane tympanique secondaire par l'intermédiaire de la fenêtre ovale, le labyrinthe fut ouvert et le vestibule mis à nu à sa partie postérieure. Dès lors la membrane ne subit plus d'oscillations, sans doute à cause de l'écoulement du liquide labyrinthique.

Les oscillations reparurent aussitôt qu'on exerça une pression sur la face labyrinthique de la membrane, ce qui fut fait en remplissant d'eau un petit tube en verre introduit dans la rampe tympanique du limaçon (la caisse était fermée).

4° En fixant au rocher avec du mastic un petit tube en verre et y faisant parvenir des sons au moyen d'un tube en caoutchouc (le labyrinthe étant intact), Weber Liel n'observa aucune oscillation, que la caisse fût ouverte ou fermée.

Conclusion. La membrane de la fenêtre ronde est mise directement en mouvement par les ondes sonores qui arrivent de la membrane du tympan dans la caisse.

D^r LEVI.

**Note sur le traitement du catarrhe purulent chronique
de l'oreille moyenne,**

par le docteur POLITZER, *Arch. für Ohrenheilkunde*, t. XI, f. I, p. 40.

L'auteur considère le nitrate d'argent en solution concentrée, comme un des moyens les plus efficaces de traitement du catarrhe purulent chronique de l'oreille moyenne ; il reconnaît à Schwartz le mérite, non pas d'avoir inventé la méthode caustique (car bien avant lui on avait fait dans l'oreille des badigeonnages avec le nitrate d'argent), mais d'avoir vulgarisé cette méthode. Depuis la publication du mémoire de Schwartz (*Archiv für Ohrenheilkunde*, t. IV, juin 1868), Politzer a employé un grand nombre de fois les instillations de nitrate d'argent, mais l'expérience lui a démontré que la solution recommandée par le professeur de Halle n'est pas suffisamment concentrée, et qu'on obtient des résultats bien plus satisfaisants avec une solution au 40° ou au 8°.

Les précautions à prendre avant l'emploi de cette médication sont les suivantes : 1° chasser de la caisse le pus qui s'y est amassé en faisant passer un courant d'air par la trompe d'Eustache ; 2° faire dans le conduit auditif plusieurs injections d'eau tiède et le sécher au moyen d'un petit tampon de coton. Si l'on négligeait ces soins préliminaires, le nitrate d'argent serait neutralisé par les produits de sécrétion, et n'aurait aucune action sur la muqueuse.

Pour faire pénétrer le liquide médicamenteux dans la caisse, Politzer fait incliner la tête du malade du côté opposé à celui sur lequel on opère et verse dans le conduit auditif, au moyen d'une cuiller en corne ou en os, dix à quinze gouttes de la solution. S'il y a une large perforation, le liquide arrive facilement en contact avec la muqueuse de la caisse ; mais si la perforation est petite, il est nécessaire de fermer le conduit auditif avec le tragus, et d'exercer une certaine pression avec le doigt ou, la tête restant inclinée, de faire passer de l'air à travers la trompe d'Eustache.

La cautérisation de la caisse est rarement douloureuse ;

mais souvent il passe un peu de liquide par la trompe dans l'arrière-gorge, et il y produit une sensation de brûlure qui dure quelquefois plusieurs heures.

Pour produire une escharre d'une certaine épaisseur, la solution caustique doit rester en contact avec la muqueuse pendant une à deux minutes. Quelques injections d'eau tiède suffisent pour éloigner l'excès de nitrate d'argent. L'auteur considère l'addition de sel marin, recommandée par Schwartze, comme inutile.

Les effets de la cautérisation sont d'autant plus rapides que la muqueuse est moins altérée, quelle que soit d'ailleurs la durée de l'écoulement, et que l'état général du sujet est meilleur. Les otorrhées qui se produisent dans le cours d'une scarlatine ou qui sont liées à la scrofule ou à la tuberculose sont très-difficiles à tarir. La présence de granulations retarde également la guérison.

D'après Schwartze, tous les écoulements, sauf ceux qui sont entretenus par des granulations ou la carie, cesseraient sous l'influence du traitement par le nitrate d'argent. Or, plus de la moitié des malades soumis à ce traitement par Politzer ont vu leur écoulement persister, même après huit ou dix instillations. Chez ces malades, le professeur de Vienne a employé la poudre d'alun, dont il aurait obtenu les meilleurs résultats. Cette poudre serait utile quand on a employé sans succès le sulfate de zinc, l'acétate de plomb et surtout le nitrate d'argent. La poudre d'alun doit être laissée en place pendant deux jours, si l'écoulement n'est pas trop abondant; si le troisième jour elle est sèche, il ne faut faire aucune injection: l'eau pourrait provoquer une nouvelle sécrétion; la poudre sort généralement par petits fragments, sans qu'on soit forcé d'y toucher; si elle est humide, il faut la faire sortir au moyen d'injections, mais ne renouveler l'insufflation que le jour suivant, et seulement si la sécrétion purulente reparait.

Depuis la publication du Mémoire de Schwartze, j'emploie journellement le nitrate d'argent dans le traitement des écoulements chroniques de l'oreille. J'ai enregistré, comme Politzer, bon nombre de guérisons immédiates, mais aussi

beaucoup d'insuccès, quel que fût le degré de concentration de ma solution (dans les cas rebelles, j'emploie une solution au 5°). J'ai dû naturellement essayer chez les malades non guéris divers astringents. La poudre d'alun a été employée avec succès chez quelques-uns, inutilement chez d'autres.

Pour faire ses instillations de nitrate d'argent, Politzer se sert d'une cuiller en os ou en corne; lorsque le tympan est largement ouvert, je me sers d'un compte-goutte en verre; s'il n'y a qu'une petite perforation, j'injecte le liquide directement dans la caisse au moyen d'une seringue de Pravaz armée d'une petite canule en argent coudée; je retire avec la même seringue une grande partie du liquide en excès, et je neutralise le reste avec de l'eau salée, que Politzer remplace, je ne sais pourquoi, par de l'eau simple.

Laisser la solution en place sans la neutraliser, comme l'a proposé un médecin américain, me paraît imprudent; j'ai vu survenir chez un malade qui a voulu lui-même se faire des injections de nitrate d'argent, qu'il oublia de neutraliser, une otite suraiguë avec abcès mastoïdien.

D^r LEVI.

Note sur la présence de corps étrangers dans la caisse du tympan et sur les moyens de les extraire,

par VOLTOLINI, *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, n° 5 et 6, 1876.

Il arrive encore fréquemment aujourd'hui, non-seulement à la campagne, mais même dans les grandes villes, que des médecins appelés auprès d'un malade porteur d'un corps étranger dans le conduit auditif poussent ce corps, pendant les manœuvres d'extraction, jusque dans la caisse du tympan.

D'autres fois ce sont de petits œillets métalliques ou en caoutchouc fixés dans la membrane du tympan pour y maintenir une ouverture artificielle, qui, rendus mobiles par la suppuration, tombent dans l'oreille moyenne.

Quelle doit être la conduite du chirurgien en présence d'un accident de cette nature? Peut-il laisser sans danger le

corps étranger en place, ou y a-t-il urgence à procéder à son extraction ? D'après l'auteur, la décision à prendre doit varier suivant les circonstances :

A) L'ouverture de la membrane du tympan par laquelle a passé le corps étranger peut être complètement refermée, ou rétrécie au point d'empêcher la sortie du corps.

B) Elle peut avoir conservé ses dimensions normales.

Dans les deux cas, en supposant même que la presque totalité de la membrane soit détruite, il peut y avoir des difficultés considérables d'extraction, lorsque le corps engagé est susceptible de se gonfler.

Lorsque l'ouverture est refermée ou est devenue plus petite, Voltolini incise la membrane du tympan et va à la recherche du corps étranger pour l'extraire, si c'est possible, au moyen d'un petit crochet mousse. Mais il ne pense pas qu'il faille poursuivre les manœuvres d'extraction lorsque le malade est trop sensible pour supporter la présence d'un instrument dans la caisse du tympan. Il conseille, plutôt que de provoquer des accidents certains, d'attendre et de laisser le corps étranger en place ; car il a vu un malade chez lequel il a pu laisser sans danger un petit œillet dans l'oreille moyenne, et il cite l'exemple d'un confrère qui, ayant brisé la pointe d'un instrument dans la caisse, ne fit aucune tentative d'extraction et ne vit survenir aucun accident.

Lorsque le corps étranger est susceptible de se gonfler, il peut produire les accidents les plus graves ; dans ce cas l'auteur conseille de le détruire au moyen du galvano-cautère, et recommande spécialement les instruments dont il est l'inventeur (batterie portative en zinc-platine avec petit cautère très-fin en argent).

D^r LEVI.

**Otite moyenne suppurée. — Phlébite du sinus latéral.
— Méningite cérébelleuse purulente. — Abscess du
cervelet,**

par M. GAUDERON, interne des hôpitaux.

M. K..., 35 ans, blanchisseuse, est entrée le 23 mars 1876 à Lariboisière, dans le service de M. Guyot. L'état très-

grave de cette malade, sa surdité complète au moment de l'examen, ne permettent de recueillir que les quelques renseignements suivants :

Pendant son enfance, cette malade a eu la rougeole, à la suite de laquelle elle est restée complètement privée de l'ouïe de l'oreille gauche.

Elle a toujours joui d'une assez bonne santé et ne présente pas de trace de scrofule.

Elle n'avait eu, avant sa maladie actuelle, aucune maladie grave et n'avait jamais souffert de l'oreille droite, quand vers le 14 mars, elle fut prise de violentes douleurs, d'élançements répétés dans cette oreille.

Le 18, il se fit par le conduit auditif externe droit un écoulement de pus sanguinolent; ce jour même les douleurs cessèrent complètement.

Le 19, la malade se sentant très-soulagée voulut se lever, mais ne put rester debout à cause de la sensation de vertige qu'elle éprouvait.

Pendant les journées du 20 et du 21, la malade ressentit de violentes douleurs de tête et eut plusieurs vomissements bilieux; en même temps elle avait de la fièvre, mais sans avoir éprouvé de frisson.

Les vomissements cessèrent et la malade entra à l'hôpital, ne se plaignant plus que de céphalalgie diffuse et violente, d'un écoulement de l'oreille droite et d'une surdité absolue.

Le 23, à la visite du soir, la malade avait le facies congestionné exprimant l'abattement.

L'intelligence de la malade est saine, ses pupilles sont égales, et il n'y a pas de paralysie ni de contracture des muscles, de la face ou des membranes. Elle accuse une céphalalgie diffuse très-intense.

La langue est assez nette, rien de particulier à noter dans l'état du tube digestif ou de ses annexes; la malade n'a ni diarrhée, ni vomissement.

Quand on approche de la malade, on est frappé de l'odeur infecte répandue autour d'elle, par un liquide sanieux qui remplit le conduit auditif externe droit et se répand dans la conque de l'oreille.

La malade n'éprouve plus aucune douleur dans cette oreille. De ce côté, comme du côté gauche, la surdité est absolue, la montre approchée à 1/2 centimètre de l'oreille n'est pas entendue ; la surdité est si complète que l'interrogatoire doit être fait par demandes écrites.

Il est impossible de constater par les moyens habituellement employés l'existence d'une perforation du tympan, dont il est difficile de douter.

La respiration de la malade est calme, la percussion et l'auscultation de la poitrine ne dénotent aucune lésion pulmonaire, mais on est frappé de l'odeur fétide de l'haleine de la malade, odeur qui rappelle celle de la sanie qui s'écoule de l'oreille droite.

Il n'y a cependant ni carie ni nécrose des os du nez ; les amygdales et le pharynx sont très-injectés, et la face antérieure du pharynx est tapissée d'une couche grisâtre de pus.

La peau est chaude, sa température est de 39, 5, le pouls est fréquent, fort et régulier. P. 120.

Traitement. — Injections détersives dans l'oreille.

Potion avec extrait de quinquina et rhum.

A 6 heures du soir, la malade est prise d'un violent frisson qui dure une demi-heure ; elle n'en avait jamais eu auparavant.

Le 24 au matin, la malade est couchée dans le décubitus dorsal ; la tête, tournée à gauche, est fixée dans cette situation ; elle pousse des cris quand on veut faire tourner sa tête du côté droit.

Elle ne présente ni paralysie, ni contracture des muscles de la face ou des membres ; elle accuse toujours une céphalalgie très-intense. L'écoulement sanieux de l'oreille droite a diminué considérablement, peut-être à cause de la rotation de la tête à gauche.

Il s'écoule de la bouche de la malade un liquide purulent jaunâtre et d'odeur très-fétide : on peut se demander si ce liquide ne provient pas de la caisse du tympan par la trompe de Fallope.

La respiration est, ce matin, fréquente et pénible ; on entend du râle trachéal et l'auscultation de la poitrine apprend

que, dans toute la hauteur des deux poumons, il y a des râles muqueux très-abondants.

La langue est assez nette, le ventre souple, indolent : pas de diarrhée. La fièvre est moins intense qu'hier ; le pouls est à 100 et la température à 38. Même traitement. La malade meurt à 3 heures du soir, sans avoir eu aucune convulsion.

AUTOPSIE. Le cerveau est tout à fait sain, même dans la partie qui est en rapport avec la face antéro-supérieure du rocher.

La dure-mère, sur la face antéro-supérieure du rocher, et dans un point correspondant à une perforation de la paroi supérieure de la caisse, a pris une teinte gris-noirâtre dans l'étendue d'une pièce de 20 centimes.

Sur la face postérieure du rocher, au niveau du sinus latéral, la dure-mère a pris une teinte vert-noirâtre, mais ne présente aucun exsudat à sa surface ; au niveau du sinus latéral, la dure-mère est décollée des os du crâne, et on trouve entre le sinus veineux latéral et le crâne une matière noire, putrilagineuse et d'odeur fétide.

Le sinus veineux latéral, dans l'espace compris entre le golfe de la veine jugulaire et l'origine de la veine mastoïdienne, est rempli de cette même matière demi-liquide et putrilagineuse ; sur la face antérieure du sinus latéral, on peut constater une perforation qui le fait communiquer avec la caisse du tympan.

La veine jugulaire, à partir de son golfe jusqu'à 3 centimètres au-dessus, est oblitérée par un caillot adhérent aux parois rouges et qui a évidemment empêché le transport dans le courant circulatoire de la matière putrilagineuse contenue dans le sinus latéral.

La face inférieure de la tente du cervelet, la face supérieure du cervelet sont tapissées d'une couche épaisse de pus concret (2 à 3 millimètres) ; cette couche de pus s'étend autant sur la moitié gauche que sur la moitié droite du cervelet et de sa tente.

Sur la circonférence du cervelet, à droite et dans le point le plus externe de cette circonférence, on constate l'existence

d'une plaque gris-noirâtre à la surface du cervelet ; cette plaque correspond à un abcès superficiel du cervelet , qui a les dimensions d'une grosse noisette ; cet abcès contient un pus gris-noirâtre et d'odeur fétide.

Le rocher est enlevé par un double trait de scie, et cette coupe découvre le pharynx à sa partie supérieure ; les parois du pharynx sont tapissées de pus blanc crémeux de bonne nature, qui paraît sourdre de l'orifice interne de la trompe d'Eustache.

Le rocher présente sur sa face antéro-supérieure, dans un point correspondant à la paroi supérieure de la caisse du tympan, un orifice qui fait communiquer la caisse avec la cavité crânienne ; cette perforation du rocher laisse apercevoir le pus sanieux, noirâtre et fétide qui remplit la caisse.

A la surface postérieure du rocher, on peut constater une autre perforation du rocher qui fait communiquer la caisse du tympan et le sinus latéral.

Une coupe est pratiquée dans le rocher, dans le sens de sa longueur ; on aperçoit alors la caisse remplie de la matière putrilagineuse décrite précédemment ; un autre foyer rempli de cette même matière existe au-dessus du conduit auditif interne ; ce foyer est de la grosseur d'un pois.

La membrane du tympan a presque complètement disparu, il n'en reste que quelques lambeaux. Pas de suppuration des cellules mastoïdiennes. Il est impossible de reconnaître les osselets dans l'intérieur de la caisse, remplie de pus sanieux.

Les poumons ne contiennent pas d'abcès métastatiques ; aux deux sommets des poumons, on trouve 20 à 30 granulations tuberculeuses grises, d'origine récente et dispersées par groupes le long des petites bronches ; les bases des poumons sont fortement congestionnées. Pas de tubercules de la plèvre.

Le foie, les reins, la rate sont le siège d'une congestion assez intense, mais ne renferment pas d'abcès métastatiques.

(Extrait du *Progrès Médical* du 19 août 1876.)

Laryngotomie thyroïdienne pour un polype volumineux du larynx,

par M. le Dr JULES BÖCKEL.

Une dame de 25 ans consulta pour la première fois M. J. Böckel au mois de septembre 1875. Son affection, qui datait de 2 ans, était caractérisée par une gêne notable de la respiration, avec aphonie presque complète et difficulté de la déglutition. Le laryngoscope permit de découvrir sur la corde vocale droite la présence d'une masse polypeuse, lisse, de la grosseur d'un pois, sessile, paraissant provenir du ventricule du larynx. Des cautérisations répétées, faites avec des substances diverses (nitrate d'argent, chlorure de zinc, acide chromique), restèrent inefficaces. Quatre mois plus tard la production morbide avait doublé de volume. M. J. Böckel fit plusieurs tentatives d'extraction par les voies naturelles : elles demeurèrent en partie infructueuses. Deux mois après, madame L... accouchait de son troisième enfant. L'accouchement fut normal ; toutefois les accès de suffocation, fort alarmants depuis plusieurs jours, devinrent menaçants peu après la naissance de l'enfant.

Le troisième jour, M. J. Böckel dut exécuter la trachéotomie. L'examen laryngoscopique, pratiqué 15 jours après cette opération, révéla la présence d'une masse considérable, du volume d'une petite noix, ayant envahi toute la cavité laryngée et oblitéré presque entièrement la fente glottique. La laryngotomie était la seule planche de salut pour la malade. M. J. Böckel la pratiqua trois semaines après la trachéotomie et enleva successivement plusieurs végétations, dont la plus volumineuse avait 18 millimètres de long sur 14 de large. L'opération ne présenta aucun incident particulier et les suites en furent des plus heureuses, ainsi qu'on peut le constater sur l'opérée de M. Böckel. La cicatrisation, bien que n'étant pas complète, permet à la malade de se faire comprendre à voix basse. En terminant cette communication à la Société médicale de Strasbourg, M. Böckel insiste sur deux faits importants à noter : la position déclive à donner à la tête, pendant le cours de l'opération, position qui lui a permis de faire la section rapidement et sans crainte d'introduction de sang dans la trachée ; en second lieu la nature bénigne de la tumeur, constituée par l'hypertrophie des glandes de la muqueuse laryngée, ce qui permet de porter un pronostic favorable sur le résultat final. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Nouveau moyen pour enlever les corps étrangers de l'oreille.

On prend un crin de cheval d'une longueur de six pouces, et plié en double à son extrémité de manière à former une anse. Le malade étant placé sur le côté, cette anse est introduite le plus profondément possible ; on lui imprime alors tout doucement un mouvement de torsion ; au premier et au deuxième tour, dit l'auteur, le corps étranger est entraîné au dehors avec l'anse. C'est un moyen assez ingénieux, et qui est en tous cas peu douloureux, et inoffensif. (*The medical press and circular*, 21 avril 1875.)

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

Oreille.

Considérations pratiques sur les maladies de l'oreille.

Polypes du conduit auditif, par le Dr MORTE (de Dinant). (Bruxelles, 1876.)

Signe nouveau indiquant la respiration du nouveau-né, tiré de l'inspection de l'oreille.

Étude médico-légale, par le Dr GELLÉ. (*Tribune médicale*, 1876, n° 383 et suivants.)

Rapports physiologiques entre le nerf acoustique et l'appareil moteur de l'œil.

Note présentée à l'Académie des sciences, séance du 17 avril 1876, par M. E. CYON.

De l'Otite moyenne purulente, par le Dr MÉNARD. (Thèse, mai 1876.)

De l'Exploration de la membrane du tympan, par le Dr DUFRANE. (*Archives médicales belges*, mai 1876.)

Observations de tumeurs osseuses dans le conduit auditif externe par L. B... (*Archiv f. Ohrenheilk.*, 1875, t. X, p. 110.)

Inflammation aiguë du tissu cellulaire sous-cutané dans la région supra et post-auriculaire, par R. VOLTOLINI. (*Monatschr. f. Ohrenheilk.*, n° 12, 1875.)

De l'otite externe et de ses complications, par le Dr BONNE-MAISON.

Sur la chirurgie aurale conservatrice, par J. PATTERTSEN CASSELS. (*Edinburgh med. journ.*, p. 808, mars 1876.)

De la myringodectomie, par le Dr MIOT. (*Progrès médical*, 1876, n^{os} 13, 14, 15, 20, 22.)

De l'exploration de la sensibilité acoustique au moyen d'un tube interauriculaire, par le Dr GELLÉ. (*Tribune médicale*, 9 juillet 1876.)

Larynx.

Sur les rétrécissements et les déformations du larynx et de la trachée, par M. DURET. (*Revue critique, Archives générales de médecine*, mai et juin 1876.)

Edème de la glotte consécutif à une angine simple; mort, par M. LAVERAN. (*France médicale*, 14 juin 1876.)

Corps étranger dans les voies respiratoires; trachéotomie au moyen de la galvano-caustique thermique; expulsion du corps étranger, guérison. — Observation recueillie par le Dr SAUBERT. (*El siglio medico*, 11 juin 1876.)

Région naso-pharyngienne.

Note sur l'irrigation nasale ou naso-pharyngienne et son application au traitement des affections aiguës ou chroniques des fosses nasales, par C. PAUL. (*Bulletin général de thérap.*, t. LXXXIX, 1875.)

De l'amygdalite caséuse chronique. Note présentée à l'Académie des sciences, séance du 27 avril 1876.

Ablation d'un corps étranger (aiguille) engagé dans le pharynx, par l'opération de la pharyngotomie (succès), par le Dr WHEELER, (*The medical press and circular*, 22 avril 1875; *Union médicale*, 18 juillet 1876.)

s-

li-

un

il.

de

de

par

au

rps

rt.

ap-

des

ap.,

dé-

mx,

er,

ale,